

NAIZA DO NASCIMENTO FERREIRA

**O NÍVEL DE QUALIDADE DE VIDA DOS
FISIOTERAPEUTAS DO COMPLEXO DE SAÚDE
DO CAMPUS DA UNICAMP**

CAMPINAS

Unicamp

2008

NAIZA DO NASCIMENTO FERREIRA

**O NÍVEL DE QUALIDADE DE VIDA DOS
FISIOTERAPEUTAS DO COMPLEXO DE SAÚDE
DO CAMPUS DA UNICAMP**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Epidemiologia.

ORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ INÁCIO DE OLIVEIRA

CAMPINAS

Unicamp

2008

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

F413n Ferreira, Naiza do Nascimento
O nível de qualidade de vida dos fisioterapeutas do complexo de
saúde do campus da UNICAMP / Naiza do Nascimento Ferreira.
Campinas, SP : [s.n.], 2008.

Orientador : José Inácio de Oliveira
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Fisioterapia. 2. Qualidade de vida. 3. Saúde do trabalhador.
I. Oliveira, José Inácio. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : The quality of life of physical therapists of the health
complex of a local public University – UNICAMP.**

Keywords: • Physical Therapists
• Quality of life
• Worker's health

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva
Área de concentração: Epidemiologia

Banca examinadora:

Prof. Dr. José Inácio de Oliveira
Profa. Dr. Valmir Antonio Zulian de Azevedo
Prof. Dr. Marco Antonio Alves de Moraes

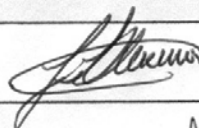
Data da defesa: 20 - 02 - 2008

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

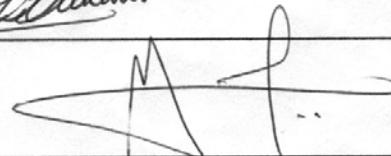
Orientador: Prof.^(a) Dr.^(a). José Inácio de Oliveira

Membros:

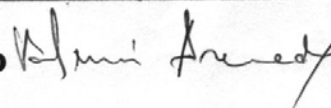
Prof.^(a) Dr.^(a) José Inácio de Oliveira



Prof.^(a) Dr.^(a) Marco Antonio A. de Moraes



Prof.(a) Dr.(a) Valmir Antonio Zulian de Azevedo



Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 20/02/08

DEDICATÓRIA

A Deus, que me permitiu seguir essa caminhada, ajudando-me a transpor todos os obstáculos e renovando a minha fé a cada dia.

Aos meus amados pais, Antonio Leonel e Nair Ferreira, exemplos de amor, simplicidade e sabedoria. Pelo amor e apoio que sempre doaram à minha pessoa e pelo esforço em me ofertar estudos e valores sólidos, sendo sempre os maiores entusiastas dos meus sonhos.

Ao meu amado irmão Leonel, com quem gostaria de compartilhar essa alegria.

AGRADECIMENTOS

A caminhada para a realização deste trabalho foi longa, sofrida e desafiante, porém imensamente gratificante. Tudo isso não teria sido possível sem a colaboração de inúmeras pessoas, às quais dirijo o meu reconhecimento e, de modo especial, agradeço:

À Conceição e família, por toda a amizade. Saibam que foram essenciais em muitos momentos dessa jornada.

À Jacilene e família, pelo carinho e amizade.

À Cleonice e família, pelo carinho, apoio e incentivo.

Ao meu amado Victor, pelo companheirismo em vários momentos, tristes e felizes, sempre tentando me apoiar e incentivar.

Às minhas amigas Amanda e Fabiana, pelo carinho e constante torcida.

As minhas amigas Juliana e Anna Paula, e suas respectivas famílias, obrigada pela amizade, carinho e apoio.

À minha amiga Daniella, pelo carinho, apoio e torcida, sempre pronta a ajudar em todas as horas.

A todos os meus amigos e amigas, do presente e do passado, com quem muito aprendi e vivi momentos de felicidade.

À minha colega de mestrado Emanuela, pelas contribuições na realização deste trabalho.

Ao meu querido orientador, Professor Doutor José Inácio de Oliveira, que me acompanhou com disponibilidade desde o início, com quem tenho buscado aprender muito na vida profissional e por quem tenho muito carinho, respeito e admiração.

Aos professores doutores Sérgio de Lucca e Valmir Azevedo, pelas convenientes sugestões no exame de qualificação, melhor adequando as propostas deste trabalho.

Às minhas queridas e eternas mestras, Mari Iguti e Mariângela Carvalho, por terem sido essenciais no começo dessa jornada, por todos os ensinamentos que me proporcionaram grande crescimento pessoal e profissional.

A todos os docentes pela contribuição fundamental na minha formação.

À Elza, Maisa, Leomí, Valderez e Neide pela disponibilidade, profissionalismo e amizade. Pessoas especiais que tive a grata satisfação de conhecer e que contribuíram na realização dessa conquista.

Aos colegas fisioterapeutas que participaram dessa investigação, sem os quais nada disso teria sido possível.

À CAPES, instituição financiadora deste estudo, cuja bolsa me viabilizou a execução do mesmo e em minha permanência nesta cidade.

E a todos aqueles que embora não tenham sido citados, também contribuíram direta ou indiretamente para a concretização de mais esta etapa de minha vida.

*“Porque há esperanças para a árvore, pois mesmo cortada
ainda se renovará, e não cessarão os seus rebentos.
Se envelhecer na terra sua raiz e no chão morrer o seu tronco,
ao cheiro das águas brotará e dará ramos como planta nova.”*

Jó 14.7-9

	PÁG.
RESUMO.....	<i>xxix</i>
ABSTRACT.....	<i>xxxiii</i>
1- INTRODUÇÃO.....	37
1.1- História da Fisioterapia - uma breve retrospectiva.....	39
1.2- O desenvolvimento da Fisioterapia no Brasil.....	41
1.3- Fisioterapia na atualidade.....	47
1.4- Atuação Preventiva em Saúde.....	51
1.5- Trabalho em saúde.....	57
1.6- Condições de trabalho.....	61
1.7- Saúde Ocupacional.....	64
1.8- Doenças Relacionadas ao Trabalho.....	69
1.9- Fisioterapia x Risco Ocupacional.....	74
1.10- Qualidade de vida.....	83
1.11- Qualidade de Vida no trabalho.....	93
1.12- Instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida.....	95
1.13- World Health Organization Quality of Life – WHOQOL.....	99
1.14- Justificativa.....	104
2- OBJETIVOS.....	107
2.1- Objetivo geral.....	109
2.2- Objetivos específicos.....	109
3- MÉTODOS.....	111

4- RESULTADOS.....	117
5- DISCUSSÃO.....	131
6- CONCLUSÃO.....	143
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	151
8- ANEXOS.....	171
8.1- Parecer nº 629/2007 do Comitê de Ética em Pesquisa.....	173
8.2- Whoqol-bref.....	175
8.3- Sintaxe do Whoqol-bref.....	180
9- APÊNDICES.....	181
9.1- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	183
9.2- Termo de consentimento da instituição na qual será realizada a pesquisa.....	184
9.3- Ficha de informações pessoais.....	185

LISTA DE ABREVIATURAS

ABBR	Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação
ABENFISIO	Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia.
ABF	Associação Brasileira de Fisioterapeutas
AF	Atividade Física
AI-5	Ato Institucional Cinco
APTA	American Physical Therapy Association
ATOB	Associação de Terapeutas Ocupacionais do Brasil
CAISM	Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher
CBF	Congresso Brasileiro de Fisioterapia
CECOM	Centro de Saúde da Comunidade
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFE	Conselho Federal de Educação
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
DME	Distúrbios músculo-esquelético
DORT	Doença Ocupacional Relacionada ao Trabalho
EUA	Estados Unidos da América
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
GASTROCENTRO	Centro de Diagnóstico de Doenças do Aparelho Digestivo
HC	Hospital das Clínicas

HEMOCENTRO	Centro de Hematologia e Hemoterapia
HU-USP	Hospital Universitário da USP
ICT	Índice de Capacidade para o Trabalho
IES	Instituição de Ensino Superior
IGQV	Índice Geral de QV
IQV	Índice de Qualidade de Vida
INAR	Instituto Nacional de Reabilitação
INBRAP	Instituto Brasileiro de Pesquisa de Opinião Pública
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IR	Instituto de Reabilitação
ISP	Índice de Satisfação Profissional
L.A.S.E.R	<i>Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation</i>
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LER	Lesão por esforço repetitivo
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MOS SF-36	Medical Outcomes Study – short form”
NHP	Nottingham Health Profile
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PSF	Programa de Saúde da Família
QLDS	Quality of Life Depression Scale

Q-LES-Q	Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Qustionnaire
QOLI	Lehman Quality of Life Interview
QV	Qualidade de Vida
RJ	Rio de Janeiro
RS	Rio Grande do Sul
SFTO	Serviço de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIP	Sickness Impact Profile
SLDS	Satisfaction with Life Domain Scale
SP	São Paulo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Terapia Ocupacional
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WCPT	World Confederation for Physical Therapy
WHOQOL	World Health Organization of Quality of Life

LISTA DE TABELAS

	PÁG.
Tabela 1- Distribuição da amostra segundo nível educacional.....	120
Tabela 2- Distribuição da amostra por renda aproximada.....	120
Tabela 3- Distribuição da amostra por carga horária de trabalho semanal.....	121
Tabela 4- Sintomas referidos pelos entrevistados e respectivas frequências.....	122
Tabela 5- Medidas adotadas para melhorar a QV e suas frequências.....	123
Tabela 6- Distribuição da amostra de acordo com as questões 1 e 2 do WHOQOL-bref.....	124
Tabela 7- Distribuição da amostra de acordo com o domínio físico e respectivas facetas.....	125
Tabela 8- Distribuição da amostra de acordo com o domínio psicológico e respectivas facetas.....	126
Tabela 9- Distribuição da amostra de acordo com o domínio relações sociais e respectivas facetas.....	127
Tabela 10- Distribuição da amostra de acordo com o domínio ambiente físico e respectivas facetas.....	128
Tabela 11- Domínios de QV do WHOQOL-bref e respectivos escores.....	129
Tabela 12- Domínios de QV do WHOQOL-bref categorizados em dois grupos.....	130

LISTA DE QUADROS

	PÁG.
QUADRO 1- Domínios e as facetas do WHOQOL-100.....	101
QUADRO 2- Domínios e as facetas do WHOQOL-bref.....	102

RESUMO

A Fisioterapia é uma profissão nova em relação a outras profissões da área de saúde, muitas vezes com tradição secular. Um dos objetivos da Fisioterapia é ajudar as pessoas a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida (QV). Tendo em vista a falta de estudos sobre QV dos fisioterapeutas, as mudanças ocorridas no mundo do trabalho que podem influenciá-la, a existência de vários fatores de risco inerentes a essa atividade e o fato desses profissionais utilizarem o próprio corpo como instrumento de trabalho, essa pesquisa se propôs a investigar mais especificamente os aspectos relacionados à QV desses profissionais. Este é um estudo transversal, descritivo e analítico, que objetivou conhecer a QV dos fisioterapeutas do complexo de saúde do campus de Campinas (SP) da UNICAMP, no ano de 2007. Os dados foram coletados através de uma ficha de informações pessoais, com questões referentes às características sociodemográficas e saúde do trabalhador, e Whoqol-Bref. A taxa de resposta foi 80% e a amostra consistiu de 64 profissionais. A amostra pesquisada é predominantemente do sexo feminino, jovem, possui pouco tempo de formação, mas alto nível de especialização, sendo também otimista quanto ao futuro da profissão. Metade vive com companheiro, mas a maior parte não possui filhos. Estes fisioterapeutas convivem com o multiemprego, conciliando de duas a até cinco atividades, com uma média de 39,32 horas semanais trabalhadas. Na amostra total, a maioria dos profissionais está satisfeita com o seu estado de saúde e avalia sua QV como boa. Entretanto, verificamos um contraste entre essa auto-avaliação do estado de saúde e os relatos de presença de doenças e sintomas. A maior parte dos participantes do estudo também apresentou alta QV no domínio físico, psicológico e meio ambiente e baixa QV no domínio relações sociais. Avaliar a QV não é uma tarefa fácil e não se esgota na aplicação de um instrumento de medida. Partindo dessa premissa, buscamos conhecer os aspectos sociodemográficos, os relativos ao mundo do trabalho e a QV, não apenas como um retrato dos fisioterapeutas, mas, principalmente, com o intuito de alertar para a necessidade de formulação de novas políticas públicas sociais e de saúde, que proponham novos rumos para o planejamento de serviços, por meio de ações que considerem os potenciais de fortalecimento e desgaste dessa

população, utilizando-se de um método que encare o processo de trabalho como determinante na totalidade da QV humana, e considere esta se expressando no trabalho.

Palavras-chaves: Fisioterapia; Qualidade de vida; WHOQOL-Bref; Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

The Physical Therapy is a new profession, comparing with others in health area, many times with secular tradition. One of its objects is to help people to reach their maximum functionality and quality of life. Based on the lack of searches about physical therapists' quality of life, the changes on the labour world that can affect it, the existence of many risk points of this activity and the fact that these professionals use their own bodies as a labour instrument, this search intends to investigate some specific points related with these professionals' quality of life. This is an observational cross sectional study aiming at knowing the quality of life of physical therapists of the health complex of the local public University (UNICAMP), in 2007. Data were collected using a questionnaire including personal informations and the Whoqol-Bref instrument. Response rate was 80% and the sample consisted of 64 professionals. The search sample is predominantly female, young, with few years of graduation, but highly specialized, also being optimistic about the profession's future. Half of them lives with a partner, but most has no child. These physical therapists deal with multiple jobs, conciliating two until five jobs, with a mean of 39,32 worked hours a week. Of the total sample, the majority was satisfied with their health condition and evaluated their quality of life as good. However, we notice a contrast between this self-evaluation and the reported illness. Most of these people also had high quality of life in the physical, psychological and environment domains and low quality of life in the social relationships domain. To evaluate quality of life is not an easy task and doesn't end with the application of a measure instrument. Starting from this premise, we tried to recognize the facets about social and demographic aspects, and the ones related with the labour world and quality of life, not only as a physical therapists' portrait, but, mainly, intending to alarm about the necessity of new social and health public politics that propound new directions to the planning of services, through actions that consider the fortifying and wasting potentials of this population, using a method that stare at labour as a determinant on human's quality of life, and also consider its expression on labour.

Keywords: Physical Therapists; Quality of life; WHOQOL-Bref; Worker's health.

1- INTRODUÇÃO

1.1- História da Fisioterapia – uma breve retrospectiva

A Fisioterapia é, ao mesmo tempo, o campo mais recente e mais antigo da prática médica. É o mais recente porque apenas nesses últimos anos foi reconhecido como uma parte integrante da medicina oficial e o mais antigo porque os agentes físicos vêm sendo utilizados há milhares de anos no tratamento de doenças. O homem primitivo que procurava se expor à luz do sol para receber seu calor benéfico e efeitos vitalizantes, iniciou a prática da helioterapia; o primeiro homem que banhou um ferimento na água de um rio instituiu a prática da hidroterapia e o primeiro homem que friccionou um músculo contundido introduziu a massagem (Shestack, 1987).

Na Antigüidade (período mais ou menos compreendido entre 4.000a.C. e 395 d.C.) havia uma forte preocupação com as pessoas que apresentavam as chamadas “diferenças incômodas”, designadas “doenças” (ou termos equivalentes). Havia, como decorrência, uma preocupação em eliminar essas “diferenças incômodas” por meio de recursos, técnicas, instrumentos, procedimentos, etc (Rebelatto e Botomé, 1999).

Segundo Shestack (1987), os médicos da Antigüidade conheciam os agentes físicos e empregavam-nos como terapia. Já utilizavam a eletroterapia, sob a forma de choques com um peixe elétrico, no tratamento de certas doenças. Os romanos praticavam a hidroterapia e a termoterapia nos banhos romanos. Os ginastas gregos usavam a massagem e exercícios corretivos.

Na China e na Índia antigas (de 5000 anos atrás), as formas de ginástica terapêutica desenvolveram-se rapidamente e foram muito utilizadas na prevenção e na cura de doenças. Os egípcios e persas praticavam a cinesioterapia ou terapia por movimento, um dos ramos precursores da Fisioterapia, esta, aliás, uma área que foi se constituindo com o surgimento e a evolução de diferentes técnicas e recursos. A cinesioterapia deu um salto importante já na Grécia antiga, em razão dos Jogos Olímpicos. No Renascimento

ganhou teóricos e adeptos, a ponto de, no século XVII, terem surgido obras consistentes sobre os fundamentos da ginástica (História..., 2007).

A Industrialização, período historicamente compreendido pelos séculos XVIII e XIX e iniciado na Inglaterra, caracterizou uma época de transformação social determinada pela produção em grande escala mediante a utilização crescente de máquinas. Os estudos, em sua grande maioria, voltaram-se, inicialmente, para a elaboração e o aperfeiçoamento de máquinas que otimizassem o sistema de produção nas atividades industriais e, mais tarde, também para “consertar” os problemas de variadas naturezas que a própria industrialização acarretava (Rebelatto e Botomé, 1999).

Nas épocas subseqüentes (séculos XIX e XX), apareceram, de forma mais definida, as especializações médicas, ainda sob a influência da época anterior, mantendo em um grau significativo a preocupação com a doença instalada (Rebelatto e Botomé, 1999).

O renascimento do uso da Fisioterapia, com suas numerosas modalidades, começou durante a Primeira Guerra Mundial e teve um grande progresso durante e após a Segunda Guerra Mundial (Shestack, 1987). Já reunindo um repertório expressivo de técnicas, ganhou importância e estímulo, em razão da sua população de mutilados de várias nacionalidades.

Inicialmente executada por voluntários nos campos de batalha, a Fisioterapia acompanhou as grandes mudanças e transformações do século XX e os profissionais que a desempenhavam souberam agregar novas descobertas e técnicas às suas práticas, sofisticando e desenvolvendo uma ciência própria e um campo específico de atuação.

Vale ressaltar, nesses diferentes momentos da história, a influência das relações de produção existentes sobre o direcionamento das “ações de saúde” em cada época. A Fisioterapia, fazendo parte da chamada “área de saúde”, sofreu essas mesmas oscilações no decorrer da história (Rebelatto e Botomé, 1999).

Graças ao trabalho incansável desses pioneiros, a fisioterapia de hoje na maior parte do mundo é uma profissão autônoma, que age em solidariedade com as demais profissões de saúde, no afã de minimizar os sofrimentos humanos (Novaes Jr, 2001).

1.2- O desenvolvimento da Fisioterapia no Brasil

Napoleão Bonaparte acabou por contribuir indiretamente com o desenvolvimento dos primeiros serviços organizados de Fisioterapia no Brasil, ao invadir Portugal e fazer com que a família real portuguesa desembarcasse no país em 1808. Com os monarcas, vieram os nobres e o que havia de recursos humanos de várias áreas para servir à elite portuguesa, de passagem por estas terras. Dentre todas as contribuições do reinado, o surgimento das primeiras escolas de ensino médico destacam-se como a grandiosa obra dos portugueses no país, em particular os avanços obtidos na cidade do Rio de Janeiro (RJ). No século XIX, os recursos fisioterápicos faziam parte da terapêutica médica e, assim, há registros da criação, no período compreendido entre 1879 e 1883, do serviço de eletricidade médica e também do serviço de hidroterapia no RJ, existente até os dias de hoje, sob denominação de “Casa das Duchas”. O médico Arthur Silva, em 1884, participou intensamente da criação do primeiro serviço de Fisioterapia da América do Sul, organizado enquanto tal, mais precisamente no Hospital de Misericórdia do RJ (Novaes Jr, 2001).

Os fatos aqui referidos ganham importância se apreciarmos os dados históricos de outros países de nosso continente, sendo provável que o Brasil tenha sido o primeiro na América do Sul a empregar os agentes fisioterápicos para o tratamento de doenças (Leitão, 1995).

No Brasil, o início da Fisioterapia se implantou como possibilidade de solução para os altos índices de acidentes de trabalho existentes. Também aqui era preciso curar e/ou reabilitar as vítimas desses acidentes para reintegrá-las no

sistema produtivo ou, pelo menos, atenuar seus sofrimentos quando não fosse possível reabilitá-los ou recuperar suas condições anteriores de saúde (Rebelatto e Botomé, 1999).

Na década de 30, RJ e São Paulo (SP) possuíam serviços de Fisioterapia idealizados por médicos que tomavam para si a terapêutica de forma integral, experimentando recursos físicos que outros médicos, à época, não ousavam buscar para minimizar as seqüelas de seus pacientes. Esses médicos eram distintos dos outros por estarem preocupados não apenas com a estabilidade clínica de seus pacientes, mas com sua recuperação física para que pudessem voltar a viver em sociedade, com iguais ou parecidas funções anteriores ao agravo da saúde (Novaes Jr, 2001).

Essa visão ampla de compromisso com o paciente, engajando-se em um tratamento mais eficaz que promovesse sua reabilitação, uma vez que as incapacidades físicas por vezes excluía-no socialmente, levou aqueles médicos a serem denominados médicos de reabilitação (Novaes Jr, 2001).

Logo após a Segunda Guerra Mundial, ocorreu nos Estados Unidos (EUA) um importante movimento de organização de centros de reabilitação para atender ao grande volume de estropiados, paráliticos e incapacitados das Forças Armadas daquele país. Em consequência disto, ocorreu uma extraordinária projeção da Medicina Física e Reabilitação no meio médico de todo o mundo. No Brasil, a partir daquele momento, numerosos médicos patrícios deslocaram-se para os EUA e para Europa em busca de aprendizado no campo da nova especialidade. Surgiram disto alguns serviços e muitas idéias e vocações voltadas para a reabilitação em nosso país (Leitão, 1995).

A modernização dos serviços, com o conseqüente aumento da oferta e da procura, vai levar a que os chamados médicos de reabilitação se preocupassem com a resolutividade dos tratamentos. Com este objetivo, empenharam-se para que o ensino da Fisioterapia, como recurso terapêutico, então restrito aos bancos escolares das faculdades médicas nos campos teórico e

prático, deveria ser difundido entre os paramédicos, que eram os praticantes da arte indicada pelos doutores de então (Novaes Jr, 2001).

Assim, em 1951, é realizado em SP, na Universidade de São Paulo (USP), o primeiro curso no Brasil para a formação de técnicos em Fisioterapia, com duração de um ano em período integral, acessível a alunos com 2º grau completo e ministrado por médicos. Homenageando o professor de física biológica da Faculdade de Medicina, que criou um serviço de eletroradiologia na referida cadeira em 1919, o curso paramédico levou o nome de Raphael de Barros, formando os primeiros fisioterapistas (denominação da época) (Novaes Jr, 2001).

As primeiras turmas formam os que estarão nos consultórios e clínicas auxiliando os médicos, que prescreviam os exercícios com e sem carga, as massagens, o uso do calor, da luz, dos banhos e dos rudimentares recursos eletroterápicos disponíveis para a recuperação do paciente (Novaes Jr, 2001).

É curioso observar que, há pouco mais de 40 anos atrás, os primeiros profissionais não passavam de meros aplicadores de aparelhos, só dominavam a arte, não a ciência, e uma arte rudimentar, há anos-luz do que se pensa e se faz atualmente na forma de procedimentos fisioterapêuticos. Podemos concluir que, para chegar ao status a que chegou nos dias de hoje, a Fisioterapia teve que escalar muitos degraus (Novaes Jr, 2001).

A preocupação crescente com a qualidade do atendimento oferecido fez com que esses cursos paramédicos se ampliassem. Em 1959, com a fundação do INAR (Instituto Nacional de Reabilitação), denominação influenciada pelo grupo norte-americano que veio a SP, organizado pela seção latina da Organização Mundial de Saúde (OMS), o curso da USP foi ampliado para o período de dois anos, embora não fosse ainda considerado de nível superior. Quando o INAR transmuta-se para Instituto de Reabilitação (IR), em 1964, criam-se os cursos superiores de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional (TO). No RJ, à mesma época, a Associação Beneficente de Reabilitação (ABBR), teria cumprido papel semelhante ao da USP em SP (Novaes Jr, 2001).

Em 1962, aconteceu a primeira reunião de escala nacional realizada por fisioterapeutas no Brasil, denominada como a I Conferência da Associação Brasileira de Fisioterapeutas (ABF). A partir daí, predominaram os Congressos Brasileiros de Fisioterapia (CBF) que, aos poucos, foram ocorrendo a cada dois anos, em diversas capitais brasileiras. Provavelmente, esta Conferência de 1962 foi fator determinante para filiação da entidade brasileira à World Confederation for Physical Therapy (WCPT), que ocorreu na mesma época. Com o crescimento e pressão exercida por estas associações, ocorreu o reconhecimento da profissão, através do Decreto-lei n.º 938, em outubro de 1969 (Caldas, 2006).

Até agora não explicado em detalhes, o fato da junta militar que governava o país em 1969 (os ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar), ter assinado o Decreto-lei n.º 938, que foi um salto excepcional no reconhecimento profissional do fisioterapeuta, em especial pela redação dos seus três primeiros artigos:

"Art. 1º: É assegurado o exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, observado o disposto no presente.

Art. 2º: O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional, diplomados por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior.

Art. 3º: É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente".

O reconhecimento como profissional de nível superior é tão ou mais importante que a exclusividade de atuação, e com certeza essa conquista de mais de 30 anos atrás não deve ser esquecida, fruto da atuação direta junto às autoridades por fisioterapeutas conscientes do papel profissional da categoria, provavelmente inspirados nas associações científicas e profissionais. Por mais contraditório que seja, em plena vigência do Ato Institucional Número 5 (AI-5), período onde mais se desrespeitaram os direitos humanos no Brasil desde a

proclamação da declaração universal em 1948, os direitos dos usuários de Fisioterapia puderam ser mais respeitados, garantindo-se em lei o profissional mais adequado para sua recuperação (Novaes Jr, 2001).

Coincide a aquisição do funcionamento regular dos congressos científicos com o momento de criação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), determinada pela Lei 6.316, de 17 de dezembro de 1975, e sua instalação em agosto de 1977, e a dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITOs) por região administrativa do país, em número de três, no ano seguinte. Tanto quanto a Fisioterapia se organizou associativa e administrativamente, cresceu a autoridade científica da profissão junto à sociedade, e vice-versa (Novaes Jr, 2001).

No início dos anos 80, com o aumento no número de fisioterapeutas e a sua regulamentação, houve a necessidade de atualização do currículo mínimo da formação destes profissionais. A mobilização do COFFITO e da ABF, bem como da Associação de Terapeutas Ocupacionais do Brasil (ATOB), foi fundamental neste processo, a partir da elaboração conjunta, com encaminhamento à Secretaria de Ensino Superior da Educação e Cultura, de projetos para reestruturação e separação dos currículos de graduação do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional (Caldas, 2006).

Com base nas propostas destas entidades de classe, foi definido o Parecer n.º 622/1982, do Conselho Federal de Educação (CFE), em 11 de janeiro de 1983. Em consequência deste ato, os currículos mínimos para a formação destes dois profissionais foram fixados pela Resolução n.º 4, de 28 de fevereiro de 1983, do CFE. O novo currículo estabelecia um mínimo de 3.240 horas para o curso, com duração de quatro anos. É importante ressaltar que, neste currículo, o fisioterapeuta foi definido como integrante da equipe de profissionais de saúde, com as funções específicas de: “avaliar o paciente, planejar e estabelecer etapas do tratamento, selecionar, quantificar e qualificar os recursos, métodos e técnicas apropriadas para o caso, tratar o paciente e elaborar todo o processo terapêutico”

(Caldas, 2006). O fisioterapeuta tem sua maioria reafirmada pela justiça e os órgãos formadores referendam-na nos currículos (Novaes Jr, 2001).

De maneira mais resumida e atualizada, o fisioterapeuta pode ser definido como um profissional de nível superior da área da saúde, que atua isoladamente ou em equipe em todos os níveis de assistência à saúde (primária, secundária e terciária), incluindo ações de prevenção, promoção, recuperação e proteção da saúde em indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades. É o profissional de saúde que se ocupa das disfunções do movimento do corpo humano em toda sua plenitude e tem autonomia para definir quem será eleito para a intervenção, para prescrever e executar a intervenção e para definir a alta (Caldas, 2006).

Esse currículo mínimo vigorou até 1996, quando o Ministério da Educação e Cultura (MEC), através da Lei de Diretrizes e Bases (LDB), estabeleceu novas regras, dando autonomia para as universidades elaborarem seus currículos. A nova LDB da Educação conhecida como LDB 9394/96, estabelece diretrizes gerais para a educação no Brasil, flexibilizando os currículos (Histórico..., 2007).

Dando continuidade às mudanças na formação do fisioterapeuta, o MEC aprovou as novas diretrizes curriculares para o curso de Fisioterapia através da Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002, reforçando a autonomia e as competências ditadas pelo COFFITO. No entanto, a duração e a carga horária mínima ainda estão em discussão e tramitam no MEC pareceres, elaborados pelo COFFITO e pela Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO), em que pleiteiam um mínimo de 4 anos com 4.000 h e 4.500 h, respectivamente (Caldas, 2006).

A produção científica brasileira na área de Fisioterapia tem apontado algumas iniciativas acerca da discussão sobre a profissão, como por exemplo, o trabalho de Rebellato e Botomé (1999). Mas a escassez quanto à produção tem repercutido na dificuldade de se ter à disposição informações que incluam na

história da Fisioterapia, a discussão do processo de profissionalização e o desenvolvimento da identidade do profissional dessa área. Resgatar a história da Fisioterapia é recuperar sua organização enquanto categoria profissional e o desenvolvimento de sua identidade enquanto profissão (Nascimento et al., 2006).

Trinta e oito anos após o Decreto-lei n.º 938/69, o fisioterapeuta (profissional habilitado para a efetivação do processo fisioterapêutico que, no âmbito assistencial, contém as fases de admissão, diagnóstico, prognóstico, prescrição, intervenção e alta) é uma das profissões mais procuradas do país nos concursos vestibulares das principais instituições públicas de ensino superior, de acordo com a proporção entre candidatos/vaga e com a multiplicação de novos cursos nas escolas particulares em todo Brasil. Autoridade máxima na Fisioterapia, obtendo crescentemente senhoridade científica e com a atual projeção de seu trabalho nos meios de comunicação de massa, o fisioterapeuta passou a ser uma profissão cobiçada pela juventude na última década do século XX (Novaes Jr, 2001).

1.3- Fisioterapia na atualidade

A denominação FISIOTERAPIA parece, a princípio, causar confusões a cerca do objeto de trabalho desse profissional e limitar a atuação desse mesmo no que concerne à terapêutica. O próprio nome da profissão já evidencia a seleção feita em relação ao que se considera objeto de trabalho nesse campo. Fisio-“terapia” em princípio, pelo menos, exclui algumas modalidades de atuação profissional. Por exemplo: prevenção, manutenção de boas condições de saúde e a promoção da Qualidade de Vida (QV) (Teixeira, 2007).

A origem histórica da Fisioterapia enfatizou e dirigiu as definições do campo profissional para as atividades recuperativas, reabilitadoras ou atenuadoras quando um organismo não se encontra saudável. O surgimento desse profissional em decorrência das grandes guerras faz-se, fundamentalmente, para tratar de

pessoas fisicamente lesadas. As perdas totais ou parciais dos membros, atrofias e paralisias são exemplos do “objeto de trabalho” da Fisioterapia na sua gênese. Naquelas circunstâncias, porém, a preocupação fundamental - ou mesmo única - com a “doença” (lesões físicas e suas conseqüências) parecia adequada. A decorrência natural das condições existentes na época fez com que a atuação profissional fosse voltada a atenuar o sofrimento e reabilitar organismos lesados (Teixeira, 2007).

A Fisioterapia busca romper com o paradigma de profissão reabilitadora e massificada, procurando assumir um espaço social como profissão de primeiro contato. Se não há clareza no objeto de trabalho do fisioterapeuta, como afirmam Rebelatto e Bottomé (1999), há unanimidade sobre a necessidade de redefinição do objeto de trabalho – centrado na doença – e, conseqüentemente, das responsabilidades sociais e éticas do profissional. Atualmente, as definições do campo profissional orientam-se para a patologia do movimento ou o tratamento de patologias por meio do movimento. Rebelatto e Botomé (1999) sugerem como perspectiva de atuação para todos os profissionais de saúde: “[...] poderia haver uma **atuação dirigida para todos os valores ou níveis das condições de saúde** de um organismo ou de uma população, bem como para os determinantes destes níveis ou valores das condições de saúde” (grifo dos autores).

Definições mais modernas da Fisioterapia incluíram a atuação na atenção primária, como a da American Physical Therapy Association (APTA), que definiu Fisioterapia como uma profissão da área de saúde, cujo principal propósito é a promoção de saúde e da função, por meio da aplicação de princípios científicos para evitar, identificar, avaliar, corrigir ou aliviar a disfunção aguda ou prolongada dos movimentos (Augustine, 2000).

Novaes Jr (2000) definiu como a ciência da saúde voltada ao estudo, prevenção e terapêutica dos distúrbios cinéticos funcionais de órgãos e sistemas do corpo humano.

Barros F (2002a) utilizou a seguinte definição para fisioterapeuta:

[...] um profissional de nível superior da área de saúde, pleno, autônomo, que atua isoladamente ou em equipe em todos os níveis de assistência à saúde, incluindo prevenção, promoção, desenvolvimento, tratamento e recuperação da saúde em indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades. É o profissional de saúde que se ocupa do movimento humano em toda a sua plenitude, com o objetivo de preservar, manter, desenvolver e restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções corporais.

Para tal finalidade, o profissional fisioterapeuta utiliza-se de conhecimentos e recursos próprios e, baseando-se nas condições físicas do paciente, busca promover, aperfeiçoar ou adaptar a QV do indivíduo. Como recursos terapêuticos, além das técnicas fisioterápicas manuais, dispõe de agentes físicos como eletroterapia, hidroterapia, fototerapia, termoterapia e cinesioterapia (COFFITO, 2001).

Para o fisioterapeuta ser habilitado e exercer suas funções no Brasil, deve diplomar-se em curso de nível superior reconhecido pelo MEC e ser registrado no CREFITO. O órgão máximo da classe no Brasil é o COFFITO. Cada CREFITO, são doze atualmente, atua como uma jurisdição regional e o conjunto compõem o Sistema COFFITO/CREFITOS. No Brasil, diferentemente de alguns países, como os EUA, não há nenhum outro profissional de qualquer nível acadêmico que execute técnicas de fisioterapia ou auxilie o fisioterapeuta. A jornada de trabalho do fisioterapeuta, como dos demais profissionais de saúde brasileiros, é de 30 horas semanais, fixada pela lei federal 8856, de 1º de março de 1994 (Brasil, 2000). Tanto o fisioterapeuta pode exercer suas atividades como profissional autônomo como possuir vínculos empregatícios regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Como membro da área de saúde, o Fisioterapeuta atua em diferentes níveis de atenção, tais como prevenção, tratamento e reabilitação. Exerce sua atividade terapêutica em várias especialidades da área médica, dentre as quais

podemos destacar: a ortopedia, neurologia, pneumologia, cardiologia, geriatria e pediatria. Este profissional atinge uma grande área de atuação no mercado de trabalho, podendo desenvolver suas atividades em hospitais, clínicas, ambulatorios, consultórios, centros de reabilitação, unidades básicas de saúde, empresas, academias, clubes esportivos, entidades filantrópicas, creches, asilos, instituições especializadas de cuidado com a saúde, consultoria e assessoria a empresas privadas, dentre outros.

Faz parte do trabalho do fisioterapeuta ocupar funções de pesquisa e ensino relacionadas com a profissão, desenvolvendo atividades docentes e coordenação de cursos, além da divulgação e promoção da profissão.

Também cabe ao fisioterapeuta atuar nas áreas afins da Medicina Preventiva, orientando condutas profiláticas com o objetivo de evitar transtornos físicos.

Ainda hoje a literatura é escassa, em especial em relação à atuação da Fisioterapia junto ao Programa de Saúde da Família (PSF). A inserção desse profissional iniciou-se apenas no ano de 1999, em Sobral (CE) (Verás, 2002). Outras experiências isoladas vêm acontecendo pelo país. Porém a divulgação dos mesmos por meio de publicações deixa a desejar. O COFFITO, percebendo essa dificuldade, e como forma de estimular iniciativas semelhantes, tem publicado na sua revista relatos dessas experiências.

O primeiro livro sobre o tema no Brasil foi editado apenas em 2002 com o título: O fisioterapeuta na saúde pública: atuação transformadora (Barros F, 2002b). O livro trouxe vinte trabalhos relatando experiências e discussões acerca das possibilidades de atuação do fisioterapeuta em saúde coletiva. Entre os quais, podem ser citadas, a atuação na orientação na gravidez (exercícios para o parto); no programa de hanseníase; na prevenção de incapacidades, de problemas respiratórios e de úlceras de pressão; atuar em grupos de postura, de hipertensão arterial, de diabetes; de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), entre outras.

O fisioterapeuta também deve atuar na saúde ocupacional da comunidade com o objetivo de prevenir em todos os níveis, utilizando todos os tipos de esforços e estratégias, visando atingir satisfação laboral plena do trabalhador (Deliberato, 2002).

De acordo com Sanches (1984), havia no Brasil, em 1969, ano do reconhecimento da profissão, apenas seis escolas de reabilitação para a formação de fisioterapeutas, entre os anos de 1969 a 1981 houve um aumento para vinte escolas.

Em 2005, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), o Brasil possui 376 Instituições de Ensino Superior (IES) que formam profissionais fisioterapeutas.

Este crescimento traz consigo uma demanda de qualificação dos profissionais, uma participação maior em pesquisas e uma constante evolução através de avaliações.

A Fisioterapia é uma profissão nova, relativamente a outras profissões da área de saúde, muitas vezes com tradição secular. Ainda hoje o acesso à assistência fisioterapêutica, por parte da população, é limitado, e o conhecimento de qual seja a sua atuação, até mesmo entre outros profissionais da área de saúde, parece ser bastante restrito (Aguiar, 2005).

1.4- Atuação Preventiva em Saúde

Na Saúde não parece haver, ainda, suficiente clareza sobre o objeto de trabalho dos profissionais desse campo. Em geral, a “doença” parece ser a parte que mais recebe atenção, obscurecendo o que é a totalidade desse objeto: as condições de saúde de um organismo ou de toda uma população (Rebelatto e Botomé, 1999).

O exemplo que o campo da saúde permite examinar pode, inclusive, ser útil para outras profissões. O campo profissional parece voltado apenas para uma pequena parte de um objeto de trabalho: a doença. E, por outra perspectiva, poderia haver uma atuação dirigida para todos os valores ou níveis das condições de saúde de um organismo ou de uma população, bem como para os determinantes desses níveis ou valores das condições de saúde (Rebelatto e Botomé, 1999).

O fisioterapeuta, como profissional da área da saúde, não só encontra-se inserido no mesmo contexto das demais profissões, no que diz respeito a ter uma formação muito mais direcionada para a doença do que para a saúde, como também é, em nossa opinião, o que mais padece desse infortúnio, já que é freqüentemente visto como “o profissional da reabilitação”, ou seja, aquele que atua exclusivamente no momento em que a doença, a lesão ou a disfunção já está estabelecida (Deliberato, 2002).

A própria origem da Fisioterapia enfatizou e dirigiu as definições do campo profissional para atividades recuperativas, reabilitadoras ou atenuadoras a serem utilizadas quando um organismo se encontra em más condições de saúde. O surgimento desse profissional, em decorrência das grandes guerras, fez-se, fundamentalmente, para tratar de pessoas fisicamente lesadas. As perdas totais ou parciais de membros, atrofias, e paralisias são exemplos do “objeto de trabalho” da Fisioterapia na sua gênese. Naquelas circunstâncias, porém, a preocupação fundamental – ou mesmo única – com a “doença” (as lesões físicas e suas conseqüências) parecia adequada ou suficiente. Uma das decorrências naturais das condições existentes na época foi toda a atuação profissional ficar voltada a atenuar ou diminuir sofrimento, reabilitar organismos lesados ou, quando possível, recuperar as condições de saúde preexistentes dos organismos cujas condições haviam sido prejudicadas (Rebelatto e Botomé, 1999).

Segundo Delisa (2002), a reabilitação é o processo de ajudar uma pessoa a atingir seu melhor potencial físico, psicológico, social, vocacional e educacional, compatível com seu déficit fisiológico ou anatômico, limitações

ambientais, desejos e planos de vida. Este conceito deve envolver todo o sistema de saúde. Deve ser abrangente e incluir prevenção e reconhecimentos precoces, assim como pacientes externos, internos e programas de cuidado após a alta. Projeções dos resultados dos pacientes submetidos a tais programas extensos e integrados de reabilitação devem incluir aumento da independência, diminuição de tempo de internação, eficiente utilização do sistema de saúde e uma melhora na QV.

O fisioterapeuta possui um importante papel a desempenhar no campo da reabilitação física, principalmente quando atua em conjunto com outras profissões, agindo de forma interdisciplinar. Porém, questionamos a visão de que o mesmo tenha que continuar restringindo-se a essa área de atuação quando, na verdade, dado a sua evolução enquanto profissão, já atingiu maturidade suficiente para modificar seu perfil profissional. Hoje o fisioterapeuta é um membro da saúde com sólida formação científica, que atua desenvolvendo ações de prevenções, avaliação, tratamento e reabilitação, usando nessas ações programas de orientação e promoção de saúde, além de agentes físicos como o movimento, a água, o calor, o frio e a eletricidade (Deliberato, 2002).

É dentro dessa nova perspectiva de atuação profissional que se insere o fisioterapeuta preventivo, agindo em programas de promoção de saúde e proteção específica, tendo como princípio fundamental o conjunto de conhecimentos científicos relativos aos fatores que possam causar infortúnios aos seres humanos, bem como conhecendo também os mecanismos de interferência junto a esses fatores, visando eliminá-los ou minimizá-los (Deliberato, 2002).

A literatura, principalmente na área da Epidemiologia Social, já permite uma nova maneira de conceber o objeto de trabalho para esse campo de atuação profissional: as condições de saúde (em qualquer grau que se apresentem ou possam se apresentar) e as variáveis responsáveis por sua ocorrência – início, manutenção, alteração etc. Com todas as considerações que faz, a Epidemiologia traz um questionamento bastante sério sobre os modelos de “causalidade” dos problemas relacionados à Saúde e inclui, no objeto de trabalho dessa área, os

determinantes das condições de saúde, sobretudo os socioeconômicos (Rebelatto e Botomé, 1999).

Rouquayrol e Kerr-Pontes (1994), identificaram a Epidemiologia utilizada na saúde pública como ciência e instrumental tecnológico que permeia as atividades de: diagnóstico de saúde em nível local, regional, ou central, planejamento e avaliações das ações coletivas, suporte às ações de intervenção, controle ou erradicação de doenças, base tecno-científica na definição das prioridades regionais e das políticas de saúde para o país [....] Seu fim último é contribuir para a melhoria da QV das coletividades.

A OMS, após a II Guerra Mundial, redefiniu saúde, incorporando a noção de bem-estar físico, emocional e social, e desencadeando uma discussão considerável a respeito da possibilidade de ser medido o bem-estar. Segundo a OMS, saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de moléstia ou enfermidade (Paschoal, 2002).

Para Deliberato (2002), um conceito mais dinâmico, talvez mais apropriado à realidade sociocultural dos tempos atuais, diz que saúde é um estado de relativo equilíbrio da forma e função do organismo, que resulta de seu ajustamento dinâmico satisfatório às forças que tendem a perturbá-lo. Não é um inter-relacionamento passivo entre a matéria orgânica e as forças que agem sobre ela, mas uma resposta ativa do organismo no sentido de reajustamento.

Minayo (1999) ressalta que, em seu sentido mais abrangente, a saúde não é a antítese da doença. É um complexo resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.

Em relação ao conceito de saúde, percebe-se que estamos longe de estabelecer um consenso. Todavia, parece ser universal o entendimento de que saúde não se resume apenas à ausência de doença. Há uma tendência em se

mudar de um paradigma biológico para ecológico, definindo saúde como uma condição multidimensional, avaliada numa escala contínua, resultante de complexa interação de fatores hereditários, ambientais e do estilo de vida (Bouchard et al., 1990).

O estilo de vida é um determinante importante de saúde do indivíduo, grupos e comunidades. Existem fatores positivos e negativos que afetam a saúde e o bem-estar, a curto ou longo prazo e, a partir da meia idade, a qualidade de vida está diretamente associada aos fatores do estilo de vida. A proposta de modificação do estilo de vida tem demonstrado ser efetiva em reduzir o surgimento de algumas patologias. As pessoas devem ser encorajadas a adotar as mudanças no estilo de vida, principalmente se elas têm fatores de risco (Bahia, 2002).

Embora seja difícil iniciar ou manter modificações no estilo de vida, uma abordagem sistemática utilizando esquema multiprofissional e envolvimento da comunidade, tanto quanto possível, pode contribuir para o processo educativo, apoio e seguimento necessário ao indivíduo. Embora de difícil implementação, as mudanças devem ser incentivadas e orientadas desde a infância, com ênfase na abordagem familiar. O controle de peso, uma dieta balanceada e a prática de atividade física regular são medidas simples que, quando incorporadas às fases precoces da vida, representam benefício potencial sobre o perfil de risco de adoecimento (Monte, 1997).

Para Nahas (2001), a QV das pessoas está diretamente associada aos fatores do estilo de vida. Entretanto, lembra que mudanças no estilo de vida não são fáceis de realizar e dependem da vontade, do apoio da família e amigos, das informações e oportunidades que são oferecidas.

Ao considerar saúde com esta amplitude, admite-se que muitos fatores (em nível individual ou coletivo) podem influenciá-la. Aspectos coletivos importantes são a poluição ambiental e a infra-estrutura do local de moradia (água encanada, saneamento e coleta de lixo). Do ponto de vista psicossocial, aparecem

os diversos níveis de exigências da vida em sociedade e das relações com outros seres humanos, seja em nível comunitário ou no trabalho, capazes de gerar ansiedade e estresse. Em nível individual, os fatores mais importantes relacionam-se com o estilo de vida pessoal, incluindo a dieta, atividades físicas, comportamento preventivo e controle do estresse (Bouchard et al., 1990; Brasil, 1995; Nieman, 1990; Ornish et al., 1999).

O significado da palavra prevenção em saúde, apesar dos problemas em conceituá-la, certamente é mais abrangente do que simplesmente defini-la como “o ato de evitar que algo aconteça”. Na verdade, a prevenção de que falamos sempre está presente na história natural da doença. Assim, distinguem-se três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. Cada nível possui um conjunto de ações características e essas, por sua vez, também agregam um certo número de procedimentos particulares (Deliberato, 2002).

O que está em questão é o reconhecimento de que a saúde não está simplesmente relacionada à ausência de doenças ou ao tratamento de doenças, mas tem seu conteúdo ligado à QV e ao bem-estar das populações. Desta forma, a saúde é promovida quando são fornecidos melhores condições de trabalho, moradia, educação, atividade física, repouso e lazer, alimentação e nutrição (Dalmasco e Nemes, 2004).

O conceito moderno de promoção da saúde deve implicar em atividades voltadas tanto a grupos sociais como a indivíduos por meio de políticas públicas abrangentes (em relação ao ambiente físico, social, político, econômico e cultural) e do esforço comunitário, na busca de melhores condições de saúde (Dalmasco e Nemes, 2004).

O tema promoção de saúde tem se tornado cada vez mais presente na prática dos fisioterapeutas, pois, na atualidade, se inclui como componente de destaque na organização de novos modelos de prestação de serviços no campo da saúde pública, bem como é importante para melhorar a QV das pessoas e diminuir a quantidade e gravidade das doenças (Dalmasco e Nemes, 2004).

O avanço da medicina busca maiores chances de longevidade, porém o homem moderno opta por um estilo de vida extremamente agressivo ao seu próprio organismo. A realidade atual aponta para um cotidiano agitado, sem tempo para cuidados com a saúde ou distante de bons hábitos de vida (Bahia, 2002).

As questões psicossociais têm atenuado a tendência positivista das pesquisas em saúde, ampliando a visão da saúde pública. Dentre estas questões, a qualidade de vida certamente se constituirá em uma das grandes no século XXI (Tamaki, 2000).

1.5- Trabalho em saúde

Em nossa língua a palavra “trabalho” tem sua origem no latim, de *tripalium*, que “era um instrumento feito de três paus aguçados, algumas vezes ainda munidos de pontas de ferro, no qual os agricultores bateriam o trigo, as espigas de milho, o linho, para rasgá-los e esfiapá-los” (Albornoz, 1998). *Tripalium* também significa instrumento de tortura (o verbo *tripaliare*, no latim, significa torturar). É da significação de tortura, por meio deste instrumento, que a palavra “trabalho” tem sido relacionada ao longo dos tempos com padecimento, sofrimento, cativo. Na língua portuguesa a palavra “trabalho” traz os seguintes significados:

Aplicação das forças e faculdades humanas para alcançar um determinado fim; atividade coordenada, de caráter físico e/ou intelectual, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento; trabalho remunerado ou assalariado; serviço, emprego; local onde se exerce essa atividade; qualquer obra realizada; lida, labuta; bruxaria (Ferreira, 1993).

Trabalho, segundo esta definição, refere-se ao trabalho humano decorrente de atividades físicas, corporais, intelectuais ou espirituais mobilizadas para um fim, um objetivo, um resultado, um produto. Desta forma, o trabalho é o esforço, físico ou mental, o processo e a ação, como também o seu produto final.

Esta é uma das distinções do trabalho humano do realizado por outros animais: a existência de uma intencionalidade, de uma consciência e uma liberdade, não apenas a motivação pela sobrevivência (Silva, 2001).

O trabalho em si não é nocivo ou perigoso, o que o faz assim é a forma pela qual ele é organizado pelo homem. Se o trabalho fosse livremente escolhido e sua organização fosse flexível, “o trabalhador poderia adaptá-lo a seus desejos, às necessidades de seu corpo e às variações de seu espírito” (Dejours, 1986), isto tornaria o trabalho não somente tolerável, mas favorecedor da saúde física, mental e espiritual do trabalhador. A organização do trabalho repercute sobre a saúde mental dos trabalhadores, podendo ocasionar sofrimento psíquico, doenças mentais e físicas.

A evolução histórica e social da medicina, a descoberta de novos métodos diagnósticos e terapêuticos, acabaram promovendo profundas alterações na concepção da medicina, que de uma atividade originalmente artesanal tornou-se institucionalizada, tecnologizada e burocratizada com fortes características empresariais, exigindo novas especializações e inovações tecnológicas e impondo novas divisões no processo de trabalho. Assim, a medicina redefiniu-se como prática social marcadamente no século XVIII (Silva, 2001).

O hospital (público ou privado) hoje deixa de ser impregnado de sacerdotismo, caridade e filantropia e apresenta-se como uma grande empresa, cuja finalidade primeira é a promoção, proteção e manutenção da saúde da população através da prestação de serviços. Esta finalidade dos serviços de saúde tem sofrido um processo de mercantilização de acordo com interesses do capital ao longo da história e a medicalização da sociedade se enquadra dentro destes interesses, domesticando o corpo e impondo padrões de normalidade (Silva, 2001).

O trabalho em saúde, como todo trabalho humano, pressupõe a ação do homem sobre a natureza, transformando-a e transformando a si mesmo, segundo o referencial marxista (Marx, 1985). Aqui se tem uma relação particular

do homem atuando sobre o próprio homem, para transformá-lo em busca da saúde, que é o resultado final deste trabalho.

Este trabalho, cujo produto final é a “saúde”, pode realizar-se nas diferentes unidades de saúde, como em postos e centros de saúde, em clínicas, em consultórios, em hospitais, sendo exercido por diferentes profissionais (ou trabalhadores) de saúde, como médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, técnicos, auxiliares de saúde (de enfermagem, de laboratório, de odontologia) e agentes de saúde, etc., conforme a especificidade de cada profissão, a função desempenhada e o local de atuação (ambulatório, enfermaria, emergência, maternidade, centro cirúrgico, apoio-diagnóstico, etc). O trabalho em saúde comporta grande diversidade de mão-de-obra (em grandes hospitais existem cerca de 225 funções diferentes sendo exercidas, funcionando estes como uma grande empresa e seguindo a lógica do capital) (Silva, 2001).

Concebe-se objeto de trabalho como a matéria sobre a qual o trabalhador atua, transformando-a, conforme o objetivo desejado, o que é determinado socialmente. Nas indústrias o objeto de trabalho é a matéria a ser transformada, possuindo características físicas, químicas e biológicas que podem colocar em risco a saúde de quem o manipula. Na saúde, o objeto de trabalho, ao contrário do fabril, é o próprio homem: o paciente, o usuário dos serviços de saúde (Silva, 2001).

Os instrumentos, ou meios de trabalho, são utilizados na transformação do objeto de trabalho e também são expressões de determinadas relações sociais; são as máquinas e equipamentos e têm como característica impor ao trabalhador uma forma especial de trabalhar, determinando o ritmo de trabalho e limitando o poder de decisão do trabalhador (Laurell, 1981). Nesse processo de transformação utiliza-se de instrumentos de trabalho específicos, como os equipamentos e aparelhos, a técnica, o conhecimento, o saber.

O processo de trabalho em saúde, que corresponde ao próprio cuidado em saúde (Arouca, 1975), materializa-se no corpo sob a forma de “saúde”, que é o produto deste trabalho. Este cuidado se expressa como o momento de criação deste trabalhador. A “saúde” vista como a “Obra”, o produto; o trabalhador de saúde visto como o “Artista”. Este produto do trabalho em saúde torna-se a “Obra” do trabalhador de saúde. “Por Obra entenda-se aqui o reconhecimento, tanto por parte do trabalhador como do cliente e da sociedade, do resultado do trabalho” (Campos, 1997). O trabalhador de saúde identifica-se com sua “Obra”, reconhecendo-se no paciente (ou na comunidade) em que assistiu, não mais doente, mas sadio.

Neste processo de criação, que se dá entre homens, pois a “Obra” não existe sem o indivíduo, ocorre um processo de intersubjetivação e ambos se modificam e se transformam podendo ocorrer ou não a formação de vínculos entre trabalhador de saúde e paciente (Silva, 2001).

A atividade médica entendida como um “trabalho” pressupõe um processo de transformação, como analisado anteriormente, processo este em que se estabelece uma relação entre homens: o médico e o paciente. Nesta atividade ambos são transformados numa relação de troca; não somente o paciente, portador de uma necessidade, se transforma. Como todo trabalho em saúde, o resultado ou produto do trabalho médico, também é a produção de “saúde”, seja de um indivíduo ou de uma comunidade, produto este não concebido sob a forma de mercadorias, com seus valores de uso e de troca, mas sob a forma de “saúde”, com seu valor de uso (Silva, 2001).

Este modo de proceder na prática médica, como toda atividade humana, determina um gasto de energia para o trabalhador médico, energia esta necessária a uma transformação de um objeto natural em outro útil à vida humana. Este gasto de energia não se manifesta homogeneamente nos sujeitos do processo. O desgaste é individual e subjetivo, físico e mental (Silva, 2001).

1.6- Condições de trabalho

As condições de trabalho referem-se às condições físicas, químicas e biológicas do ambiente de trabalho, bem como a presença ou não dos riscos de acidentes e riscos ergonômicos, que repercutem sobre as condições físicas do trabalhador. Dentro destas condições de trabalho encontram-se, por exemplo, as radiações, as poeiras e fumos, os ruídos, as vibrações, as temperaturas extremas, os agentes biológicos (vírus, bactérias, etc.), as substâncias químicas (solventes, ácidos, anestésicos, etc.) (Silva, 2001).

Mesmo que seja positiva a avaliação das melhorias das condições de trabalho, essas, na sua maioria, restringem-se às questões de higiene, limpeza e maior organização nos locais de trabalho, deixando de abranger pontos fundamentais para a saúde dos trabalhadores como exposição à poeira, ruídos, temperatura elevada, precária iluminação, e, especialmente, o ritmo acelerado. Privilegiar a qualidade do produto não significa privilegiar a saúde daqueles que o produzem (Oliveira, 1997).

A tensão provocada pela cobrança da qualidade e ritmo acelerado, a fadiga mental expressa pelos sintomas de sensação de esgotamento físico permanente, os problemas de humor, irritação, ansiedade, ou seja, todos esses fatores interferem na saúde. Ao mudar o perfil da qualificação requerida, as implicações deste modelo devem ser mais bem avaliadas: capacidade de operar mentalmente modelos, compreensão do processo de produção, capacidade de comunicação verbal e oral, responsabilidade, multifuncionalidade com rapidez de adaptação e novos maquinários. Ao privilegiar a vida psíquica, a busca desenfreada pela qualidade e competitividade e sua crescente intensificação do trabalho, podem trazer conseqüências de uma forma nova para a saúde dos trabalhadores (Oliveira, 1997).

Em resumo, para Gramsci (1984) “a qualidade deveria ser atribuída aos homens, e não às coisas, e a qualidade humana eleva-se e torna-se mais refinada na medida em que o homem satisfaz um número maior de necessidades, tornando-se independente”.

Para Aubert (1996), as condições de trabalho parecem influir no maior ou menor grau de resistência do trabalhador às condições desfavoráveis, alertando para a importância da subjetividade no processo de avaliação dos objetivos a serem alcançados e a sua relação com a reação do trabalhador.

Devemos analisar como o ser humano é afetado, para desempenhar a atividade que executa. Os conflitos entre o regime da organização de trabalho e a necessidade de atingir as metas determinadas pelo sistema, somada a exigência pessoal, desempenho, ritmo, produção e rendimento que o trabalhador acaba desenvolvendo por causa da própria exigência da organização (Maslow, 2000).

O ser humano é um conjunto complexo, cujo desenvolvimento depende de seu ambiente interno e de seu ambiente externo. Portanto, não há como compartimentalizar as emoções, as sensações, as percepções. Entender esta verdade é o passo mais importante para as organizações e para os trabalhadores no futuro (Formighieri, 2003).

Muitas são as reações que os indivíduos apresentam em relação ao seu local de trabalho. Entre uma infinita variedade de atitudes e emoções podemos considerar como mais relevantes a satisfação no trabalho e o estresse ocupacional. A primeira reflete um estado emocional agradável que resulta da percepção de que o trabalho ajuda o sujeito a alcançar resultados valorizados pelos demais sujeitos e por toda sociedade. Já o segundo reflete um estado emocional desagradável, pois é decorrente de incertezas sentidas quanto à própria capacidade de atender às demandas exigidas pelo trabalho (Formighieri, 2003).

Em vista dessa última situação chegou-se a apontar a existência de uma ideologia de culpabilidade que responsabiliza os trabalhadores pelos seus problemas de saúde – como nos casos ligados à Síndrome de burnout – deslocando a atenção do verdadeiro produtor: o ambiente, as condições e a organização do trabalho (Formighieri, 2003).

As preocupações que cada pessoa carrega no seu dia-a-dia pesam em sua saúde ao provocar tempestades de hormônios e derrubar defesas do organismo (Miranda, 1998). O ritmo rápido, a poluição sonora, os problemas familiares, os problemas no trabalho e outras características da alucinante vida moderna, sobrando pouco tempo para o lazer e o relaxamento, se manifestam em comportamentos desequilibrados que podem ser representados pelo estresse. No entanto, algumas sobrecargas são potencialmente capazes de produzir estresse na maioria das pessoas. Estas sobrecargas denominam-se fatores estressantes. Os fatores estressantes podem ser psicológicos, físicos e sociais.

Todos os seres humanos vivem situações de estresse e os fatores desencadeantes podem aparecer em qualquer etapa da vida. Uma das formas de o estresse se manifestar no indivíduo é através da doença. Este fato é condicionado pela gravidade da doença e pela idade da pessoa, uma vez que a capacidade de combate às doenças é bastante elevada na infância diminuindo à medida que a idade avança (Formighieri, 2003).

Sabe-se que o excesso de trabalho pode estar associado ao aumento de acidentes e problemas de saúde, observando-se que há atividades que são mais estressantes do que outras. O ambiente de trabalho, as relações interpessoais, o nível de responsabilidade, o não reconhecimento de certas qualidades pessoais, são situações estressantes que podem provocar alterações psicológicas e fisiológicas como quebra de auto-estima e hipertensão arterial (Santos, 1994).

O profissional da área de saúde converge para a necessidade de grande gasto energético na busca de soluções e encaminhamentos para questões estruturais no exercício profissional diário. Esta situação parece funcionar como provável agente estressor, que pode levar o profissional à condição esgotamento e alienação na busca de integração ou distanciamento (Formighieri, 2003).

Os fatores subjetivos e psicossociais que vêm sendo identificados nas situações de trabalho estabelecem a integração do indivíduo com o meio organizacional. Quando os ideais e metas dos indivíduos são antagônicos as

normas do sistema, o ambiente e condições de trabalho tornam-se ameaçador, levando a modelos mentais às vezes nocivos e influenciados pela cultura da organização. Conseqüências como frustração, insatisfação, desmotivação e mudança de comportamento, refletem diretamente na organização do trabalho (Carvalho, 1995).

1.7- Saúde Ocupacional

A saúde, dentro da perspectiva do mundo do trabalho, pode ser definida *“como el máximo desarrollo de las potencialidades del hombre de acuerdo al grado de avance logrado por la sociedad en un período histórico determinado”* (Garcia,1983); quando estas potencialidades deixam de ser desenvolvidas, o trabalho, que deveria ser uma fonte de crescimento biológico e psíquico para o homem, se converte em um produtor de doença (Laurell, 1981; 1991).

A medicina contemporânea considera as conseqüências do trabalho sobre a saúde como um fenômeno biológico, individual e positivista, onde prevalece a relação causa-efeito. Dentro desta relação de causalidade, tem-se considerado a categoria trabalho somente enquanto as condições materiais do trabalho, quais sejam: a iluminação e ventilação do ambiente de trabalho, os ruídos existentes neste ambiente, a presença de máquinas perigosas, a utilização ou não de equipamentos de proteção individual. Dentro desta concepção, as verdadeiras causas do adoecer e estar sadio no trabalho ficam “mascaradas” pelas condições de trabalho, ocorrendo uma naturalização dos fenômenos ocorridos, o que é desejado pelo capital. Os efeitos do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores são ocultos, ao não se considerar as conseqüências do processo de produção sobre o processo saúde-enfermidade (Silva, 2001).

A Saúde Ocupacional tem como objetivos: a promoção e manutenção do mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores de todas as ocupações; a prevenção entre os trabalhadores, de desvios de saúde causados pelas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores em seus empregos,

dos riscos resultantes de fatores adversos à sua saúde; a colocação e manutenção do trabalhador adaptadas às suas aptidões fisiológicas e psicológicas, em suma: adaptação do trabalho ao homem e de cada homem a de cada homem a sua atividade (Brasil – RIPSA, 2002).

Utilizando esta definição, alguns estudos que mostravam os efeitos de diferentes tipos de processos de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores baseavam-se no estreito âmbito da relação unicausal dos agentes presentes no ambiente de trabalho, os denominados “riscos ambientais”, e certas patologias específicas dos trabalhadores expostos a estes (Silva, 2001).

Entretanto, novos agravos à saúde têm surgido acometendo os trabalhadores, como os transtornos psíquicos, as enfermidades psicossomáticas e a fadiga, que estão estreitamente vinculados ao trabalho e que, muitas vezes, não têm sido reconhecidos em sua origem dentro do processo de trabalho (Noriega, 1993). Nesta linha de investigação cita-se, como exemplo, algumas pesquisas publicadas pelo jornal do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT): “Processamento de dados e Saúde Mental dos bancários” (1985a), onde se analisa as consequências do estresse sobre estes trabalhadores; “Trabalho não causa hipertensão? Uma conclusão incorreta” (1985b), que discute esta enfermidade em relação com o trabalho; “Morte lenta no trabalho”, que trata das formas não explícitas de violência no trabalho pelo modo de produção capitalista, ou seja, das formas de organização e das relações de trabalho segundo os interesses do capital (1987); “Trabalho pode levar ao suicídio” (1988), que aborda a violência mental no trabalho levando a opressão psico-social e ao suicídio.

A esse respeito Rego (1987), analisando os limites da Saúde Ocupacional, propõe a denominação de Saúde do Trabalhador para designar o campo das relações entre trabalho e saúde no sentido de uma perspectiva mais abrangente e que ofereça uma abordagem verdadeiramente biopsicossocial do ser humano.

Dentro desta nova compreensão, a categoria central na análise dos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores é o processo de trabalho e sua forma de organização e divisão. Os instrumentos de trabalho e os meios de trabalho são fatores contributivos, mas não determinantes na relação saúde-doença-trabalho (Silva, 2001).

O trabalhador, nesta nova concepção, deixa de ser objeto de estudo e passa a ser um ator social, um agente de transformação, um sujeito que possui uma história, uma vida, uma família, um trabalho. Este trabalhador possui uma vivência acumulada, uma história de vida; enxergar sua subjetividade é de grande relevância na análise do processo saúde-doença. Dentre as enfermidades que se relacionam de maneira indireta com o trabalho, sem dúvida, os distúrbios mentais e o estresse têm sido as principais manifestações que acometem os trabalhadores dentro deste modo de produção. O trabalho contribui como um fator precipitador ou agravador de um distúrbio mental, se este deixar de ser fonte de prazer e realização, tornando-se fonte de ansiedade, sofrimento e desgaste (Silva, 2001).

Várias abordagens têm sido propostas para explicitar a relação entre o trabalho e o estresse, como o “ajustamento pessoa-meio ambiente”, sendo o estresse decorrente de um desequilíbrio entre a demanda e a capacidade de resposta do indivíduo, o que explicaria situações de “sobrecarga” ou de “superestimulação”, bem como situações de “subutilização”, de “carga inferior às possibilidades”; estas situações envolvem variáveis quantificáveis, mas principalmente necessidades pessoais e emocionais que sejam fonte de desejo e prazer no trabalho (Mendes, 1988).

Também tem sido relatado o “*burnout*” como uma resposta ao estresse; este termo tem sido utilizado por vários pesquisadores. Freudenberg (1974) utiliza esta expressão como um descritor de respostas dos profissionais a certas condições do trabalho, especialmente em profissões que têm um grau elevado de contato com o público, como os médicos, assistentes sociais, dentistas (Gorter et al., 1999), professores (Carvalho, 1995), advogados, ou seja, manifesta-

se nas ocupações que requerem um contato íntimo com indivíduos que necessitam de atenção e cuidados (Jackson et al.¹, 1986).

Também são evidenciadas algumas doenças do aparelho locomotor que possuem relação com o trabalho, não apenas nas questões ergonômicas, mas com o processo de trabalho em si; aqui podem ser citadas as dores de coluna, as osteoartroses, as cervico-braquialgias, as tenossinovites, etc. “A dor lombar ocorre com mais frequência em trabalhadores que exercem atividades pesadas, de ritmo intensivo, e em condições anti-ergonômicas [...] além de trabalhadores expostos a vibrações de corpo inteiro” (Mendes, 1988).

Recentemente, as mudanças impostas pelo neoliberalismo com repercussões sobre o processo de trabalho, como a reestruturação produtiva, as mudanças tecnológicas e as modificações na organização do trabalho, têm produzido transformações importantes nas condições de trabalho, nas atividades dos trabalhadores e nas exigências a que estão submetidos (Silva, 2001).

Segundo a 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (1986), a saúde dos trabalhadores, extrapolando os limites da Saúde Ocupacional, seria conceituada como

“resultante de um conjunto de fatores de ordem política, social e econômica [...] saúde dos trabalhadores significa: condições dignas de vida; pleno emprego; trabalho estável e bem remunerado; oportunidade de lazer; organizações livres, autônomas e representativas de classe; informação sobre todos os dados que digam respeito à relação vida/saúde/trabalho; acesso a serviços de saúde, com capacidade resolutiva, em todos os níveis; efetiva participação em quaisquer decisões sobre assuntos referentes à classe; recusa ao trabalho sob condições que desconsiderem estes e outros tantos direitos”.

¹ Jackson K, et al. *apud* Carvalho MMB. O professor – um profissional, sua saúde e a educação em saúde na escola [Tese – Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1995.

O mundo social do trabalho passa por transformações rápidas e extremamente significativas. Evolução tecnológica, globalização, alterações na legislação, mercado cada vez mais competitivo, mudanças na ética, nos valores pessoais e sociais, na economia e política, deixam marcas indeléveis na vida do indivíduo. Inserido em um sistema onde os meios de trabalho e as informações se transformam muito rapidamente, o homem se esforça para desenvolver capacidades de enfrentamento, ora criando, ora adaptando-se, no intuito de manter sua saúde física, emocional e social (Formighieri, 2003).

As situações de trabalho se caracterizam por um complexo de exigências de natureza ambiental, fisiológica, psicológica e social. O processo de adoecimento relacionado ao trabalho é uma dimensão importante de investigação na compreensão da natureza da organização e do conteúdo da atividade humana de produção de bens e serviços (Formighieri, 2003).

Uma ampla mudança no interior das organizações tem sido uma constante, sendo considerada geradora de disfunções entre o processo de trabalho e o homem, podendo desencadear questões de importância crítica, como a elevação dos índices de estresse de seus trabalhadores. Isto pode traduzir-se num decréscimo na performance das tarefas, elevação dos custos com os variados problemas de saúde, deteriorando o índice de qualidade e produtividade no trabalho (Formighieri, 2003).

Observando o comportamento humano na situação de trabalho e buscando identificar as interfaces entre os fatores referentes ao funcionamento do organismo e o ambiente de trabalho, percebe-se o desenvolvimento de um conjunto de sinais e sintomas, causas e conseqüências, reações individuais e organizacionais próprios da emergência de distúrbios ou síndromes associadas à redução da qualidade de vida e bem-estar subjetivo (Formighieri, 2003).

1.8- Doenças Relacionadas ao Trabalho

A inter-relação entre o trabalho e a doença foi observada ao longo da história. Papiros egípcios fazem referências à relação saúde e trabalho (Mendes, 1999). Hipócrates descreveu o saturnismo e os distúrbios crônicos nas mãos devido a movimentos repetitivos (Mendes, 1999; Ramazzini, 2000). Ramazzini (2000) descreveu mais de cinquenta doenças dos trabalhadores, dentre elas as doenças dos escreventes, que atualmente seria classificada como Doença Ocupacional Relacionada ao Trabalho (DORT). Ramazzini é referenciado como o pai da medicina do trabalho e introduziu na consulta médica a pergunta: Qual sua ocupação? (Lemos, 2001; Cruz, 2001).

Em 1891, Fritz De Quervain descreveu a tenossinovite do polegar como a “entorse da lavadeira”, até hoje conhecida como tenossinovite estenosante ou síndrome De Quervain e em 1920, Bridge denominou “cãibra ocupacional” ao acometimento de tecelões de fios de algodão (Oliveira, 1998). A pena usada pelos escreventes foi substituída pelo trabalho mecânico e os casos de DORT acentuaram-se no século XX, tornando-se um problema de Saúde Pública mundial, em nações desenvolvidas e industrializadas em maior ou menor grau, e se recentemente levou muitos a acreditar que se tratava de uma nova doença, nada mais é que a exacerbação de um adoecimento que sempre acompanhou o homem. Ribeiro (1997) relata que os casos de Lesão por Esforço Repetitivo (LER) tornaram-se mais freqüentes somente após o segundo ciclo da revolução industrial, quando o trabalho mecânico passou a ser usado por algumas categorias, como os telegrafistas, exigindo maior destreza das mãos.

No plano internacional, desde os anos 70, documentos da OMS de 1995, como a Declaração de Alma Ata e a proposição da Estratégia de Saúde para Todos, têm enfatizado a necessidade de proteção e promoção da saúde e da segurança no trabalho, mediante a prevenção e o controle dos fatores de risco presentes nos ambientes de trabalho. Recentemente o tema vem recebendo atenção especial no enfoque da promoção da saúde e na construção de ambientes saudáveis pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 1995. A

Organização Internacional do Trabalho (OIT), na Convenção/OIT n.º 155/ 1981, adotada em 1981, e ratificada pelo Brasil em 1992, estabelece que o país signatário deve instituir e implementar uma política nacional em matéria de segurança e do meio ambiente de trabalho. (Brasil - RIPSA, 2002)

A Saúde do Trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção nas relações entre o trabalho e a saúde. Nos manuais de procedimentos do Ministério da Saúde (2001), a concepção de trabalhador é: “todo homem e mulher que exerce atividade para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia” .

A execução das ações voltadas para a Saúde do Trabalhador é atribuição do Sistema único de Saúde (SUS), prescritas na Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (LOS). O artigo 6.º dessa Lei confere à direção nacional do Sistema a responsabilidade de coordenar a política de Saúde do Trabalhador. Segundo o parágrafo 3.º do artigo 6.º da LOS, a saúde do trabalhador é definida como “um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitárias, à promoção e proteção da Saúde do Trabalhador, assim como visa à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”.

Entre os determinantes da Saúde do Trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral – presentes nos processos de trabalho. Assim, as ações de Saúde do Trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional e intersetorial e uma compreensão interdisciplinar (Tedeschi, 2005).

No que concerne à Saúde do Trabalhador, o comportamento demonstrado tanto dentro como fora do ambiente de trabalho é o que reflete as condições físicas e psíquicas do sujeito, pois, segundo Fialho e Cruz (1999), da mesma forma que as condições da vida familiar, transporte e moradia têm conseqüências no trabalho, a vida profissional também se reflete na vida fora do trabalho.

Segundo Monte (1997), as exigências da vida moderna e de um mercado de trabalho competitivo, com a idéia de sempre lutar por uma melhor condição financeira, para alcançar um status ou, simplesmente, para manter a posição social, ou até mesmo sair de um emprego, procurar uma nova colocação, fugir da pressão familiar, são fatores que geram um estado de intensa agitação, pressão desfavorável, preocupação e tensão emocional.

Mendes (1999) diferencia as doenças profissionais das doenças relacionadas ao trabalho por aquelas não serem consideradas “específicas” do trabalho, ou seja, são doenças cuja incidência ou prevalência ocorre em determinadas categorias de trabalhadores. Já as doenças relacionadas ao trabalho são definidas a partir de estudos epidemiológicos e geralmente são aquelas onde as condições de trabalho constituem um fator de risco adicional. Oliveira (1998) exemplifica que: “Nas doenças profissionais, o agente provoca lesões, quaisquer que sejam as atividades do hospedeiro, desde que, obviamente, as condições de trabalho possam ensejar uma agressão”. Ranney (2000) corrobora com ambos os autores, afirmando que o termo doença ocupacional é utilizado apropriadamente quando há relação direta entre um fator de risco e um dano à saúde. A doença relacionada ao trabalho descreve um sistema integrado de fatores de risco dentro e fora do trabalho.

O Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) (Brasil, 1997) reconhece como de possível associação com o trabalho algumas formas de tendinites, incluindo a doença De Quervain, dedo em gatilho, epicondilites, tendinite bicipital e do supra-espinhoso, tenossinovites de membro superior; as neuropatias compressivas e outras patologias, como cistos e fibromialgias.

Observamos que não são mencionadas patologias que acometem outras localizações anatômicas que não os membros superiores.

Dentro do trabalho, o processo de trabalho é um elemento central na determinação do processo saúde-doença, pois produz um consumo da força de trabalho, gerando um desgaste no homem. Este desgaste se expressa sob diferentes formas, como o sofrimento psíquico, o estresse, as doenças psicossomáticas, os transtornos mentais e as neuroses (Silva, 2001).

Mesmo tendo-se conhecimento que as situações de tensão provocam diferentes níveis de resposta dependendo das características individuais, existem ocupações humanas que, por sua natureza, podem ser mais atingidas do que outras, como, por exemplo: bancários, aviários, agentes prisionais, donas de casa, profissionais de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e emergência médica, policiais, jornalistas e professores (Bahia, 2002).

Os profissionais de saúde freqüentemente são expostos a grande carga física e mental durante seu trabalho. Os equipamentos, móveis e ambientes de clínicas e hospitais freqüentemente não respeitam preceitos ergonômicos, situações de emergência impõem tarefas que sobrecarregam o indivíduo, a jornada freqüentemente é extensa, duplicada e acompanhada de plantões. Se lida com a doença e o sofrimento, rotineiramente, causas de estresse físico e psicológico (Romani, 2001).

Os estudos mais freqüentes sobre doenças relacionadas aos trabalhadores da área da saúde abordam afecções da coluna vertebral em enfermeiros. Anselmi et al (1991) estudaram 45 profissionais de enfermagem em relação à rotatividade no emprego, de alta ocorrência nesta área, encontrando na organização do trabalho – salários, benefícios, volume de atividades, horários e turnos – explicação para a alta rotatividade de profissionais e considerando estes fatores como indissociáveis da qualidade de vida do trabalhador. Certamente há contribuição dos fatores descritos para a alta incidência de distúrbios músculo-esquelético (DMEs) em profissionais de enfermagem.

Lemos (2001), ao avaliar a carga psíquica em trabalhadores de enfermagem portadores de DORTs, descreve alterações do tônus muscular nesses profissionais, pois os mesmos encontram-se em constante estado de alerta e estas alterações implicam nas posturas dinâmicas e estáticas, exigindo maior concentração do trabalhador para a execução das tarefas.

Os estudos sobre DME em fisioterapeutas enumeram vários fatores biomecânicos de risco para a atividade. Molumphy et al. (1985) descrevem como principais mecanismos de lesão em coluna lombar o levantar com esforço máximo súbito (23,6%); curvar-se e rodar o tronco (23,6%); evitar queda do paciente (14,6%), empurrar e puxar ou transportar paciente (16,9%).

Os fatores psicossociais associados aos fatores relacionados à organização do trabalho são mais complexos de serem analisados e classificados pela dificuldade em se mensurar tais eventos. Insatisfação no trabalho, monotonia, falta de autonomia dentre outros são destacados como fatores de risco (Cruz, 2001).

Ranney (2000) afirma que os fatores psicossociais podem ser entendidos como as percepções dos aspectos objetivos da organização do trabalho por parte do trabalhador, envolvendo projeto, ritmo, programação e supervisão e lembra que o progresso da civilização foi acompanhado por uma despersonalização dos trabalhadores, sendo estes tratados como peças da máquina econômica.

O ambiente de trabalho deve ser considerado globalmente como de potencial etiopatogênico. Além de condições ambientais e físicas adequadas, um ambiente onde conflitos e pressão são identificados e trabalhados contribuirá para a melhora da QV, no ambiente de trabalho ou fora dele (Romani, 2001).

1.9- Fisioterapia x Risco Ocupacional

O fisioterapeuta é um profissional de saúde, de nível superior, que tem sua profissão reconhecida e regulamentada pelo Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969, sendo atividade privativa do fisioterapeuta a execução de métodos e técnicas fisioterápicos e define sua finalidade de trabalho como a de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente (COFFITO, 2001). É importante ressaltar que muitos dos tratamentos fisioterápicos são bastante prolongados e os resultados de melhora do quadro clínico são lentos, o que exige um alto grau de paciência e perseverança por parte do paciente, e também do fisioterapeuta.

A transformação constante e o afeto são produtos produzidos pela relação interpessoal. Miranda (1998) acrescenta que quando o indivíduo se entrega a esta forma de relação, é impossível sair ileso da mesma. Esse afeto, ligado ao vínculo fisioterapeuta-paciente é essencial para o processo de reabilitação. O envolvimento da emoção, da história pessoal de cada indivíduo nesta relação direta com o outro, coloca este trabalho numa dimensão suscetível e delicada, que envolve investimentos e custos, incluindo dimensões física, psicológica, intelectual, financeira e social.

A reabilitação do paciente é o gesto concretizado pela ação do fisioterapeuta, que evolui pela atuação e estimulação afetiva do profissional. Este gesto é fundamental para realização da atividade fisioterapêutica, porém o retorno, o reconhecimento não acontece em diferentes instâncias (remuneração, reconhecimento social, melhores considerações “autônomas” de trabalho). O fisioterapeuta tornou-se idealista, com o objetivo de lapidar as dificuldades encontradas na execução da sua atividade, não obstante, superprodutivo e com sensação de invulnerabilidade, tenta resolver seus conflitos profissionais e pessoais, se esgotando, superando obstáculos, podendo chegar ao sofrimento psíquico e às psicopatologias. O que contribui para esta condição é o fato da maior parte do processo de reabilitação ser lento, moderado e às vezes abstrato e

ter tendência de ser apenas reconhecido em estados avançados, depois de um tempo longo de tratamento (Formighieri, 2003).

Em seu estudo, Tedeschi (2005) afirma que é comum observar o abandono da atividade profissional do fisioterapeuta por volta de 10 a 20 anos de efetivo exercício, com queixa de esgotamento e dores músculo-esquelético, no momento em que começam a se projetar na carreira, procurando uma atividade substituta ou paralela, como o magistério, supervisão de estágio, realização de palestras e consultorias. Em diálogos com esses profissionais tem-se um padrão de resposta de abandono das atividades laborais centrais – avaliação, tratamento e a possível reabilitação das seqüelas das patologias profissionais. O padrão identificado é que os fisioterapeutas passam a ter sintomas físicos idênticos a dos usuários de fisioterapia do trabalho, ou seja, lombalgia (dor nas costas), lombociatalgia (dor nas costas com irradiação para os membros inferiores), tendinites (inflamações nos tendões), cervicalgias (dor no pescoço), dentre os principais, além do esgotamento mental, de frustrações na carreira profissional e a da dificuldade em formular projetos de qualificação profissional permanente.

Sendo a saúde um estado de bem-estar que irá depender do funcionamento do organismo, a saúde sob a concepção do fisioterapeuta, envolve um equilíbrio fisiológico entre os sistemas do organismo e sua interação com a saúde mental e somática, onde será possível a realização da atividade profissional de uma maneira eficaz e prazerosa, influenciando ainda o contexto sociocultural e o cotidiano do profissional fisioterapeuta trazendo diferentes graus de motivação e satisfação (Formighieri, 2003).

Para Bridi (1997), estes fatores estão relacionados com o processo e com a organização do trabalho, envolvendo métodos, meios técnicos, arranjos físicos, as normas, as jornadas de trabalho, o ritmo, a remuneração e o esforço cognitivo. É possível supor que tanto as sociedades como as condições de trabalho, não contribuem integralmente com a Saúde do Trabalhador, pois absorvendo a cultura do sistema das organizações, ele internaliza conceitos, por vezes estereotipados, de desempenho, produção e reconhecimento de nível

complexo, dando início ao estresse laboral (Ferenhof e Ferenhof, 2002). Neste sentido, Coutinho (1996) salienta que existem hoje importantes estudos evidenciando que o avanço tecnológico e a modernização têm cada vez mais contribuído para o crescimento dos distúrbios mentais e psicossomáticos dos trabalhadores.

Rotineiramente, o fisioterapeuta realiza atividades que sobrecarregam o sistema músculo-esquelético, como transferência de pacientes dependentes, assistência a pacientes durante deambulação, resistências manuais, levantamento de pesos e equipamentos (Bork et al., 1996), trabalhar em posições desconfortáveis por longo período, rodar e curvar o corpo (Holder et al., 1999), sentar-se ou ficar em pé prolongadamente (Scholey e Hair, 1989) e movimentos repetitivos de membros superiores quando utiliza técnicas terapêuticas manuais (Cromie et al., 2000).

Molumphy et al. (1985), no primeiro trabalho publicado em periódico indexado sobre DORT em fisioterapeutas, identificaram em profissionais norte-americanos 29% de incidência de lombalgia relacionadas ao trabalho, acometendo principalmente indivíduos entre 21 e 30 anos. Esses mesmos autores estudaram 344 indivíduos, detectando que 18% dos profissionais pesquisados mudaram de área de atuação devido a esta afecção relacionada ao trabalho.

Scholey e Hair (1989) compararam um grupo de profissionais fisioterapeutas com um grupo controle formado por secretárias, programadores de computador, bibliotecárias e professores, cuja distribuição de sexo, peso e idade, eram equivalentes. Os autores identificaram as seguintes posturas e movimentos com maior frequência no grupo de fisioterapeutas: o ato de levantar algo freqüentemente, 80% em fisioterapeutas e 25% no grupo controle, levantar objetos pesados, 70% e 25%, respectivamente e ortostatismo prolongado, 60% e 30% nos referidos grupos. O grupo controle apresentou maior frequência quanto a permanecer sentado por longos períodos (60%) enquanto somente 10% dos fisioterapeutas apresentavam esta postura rotineiramente.

As tarefas que exigem a posição em pé por tempo prolongado promovem fadiga muscular na região das costas e pernas que piora com a inclinação do tronco e da cabeça, provocando dores na região alta da coluna vertebral. Há uma sobrecarga maior quando os braços estão dispostos acima da cintura escapular, principalmente sem apoio produzindo dores nos ombros (Dul, 1991).

Na pesquisa de Bork et al. (1996), com 1160 fisioterapeutas americanos, foram descritos dezessete fatores de risco no trabalho indicados pelos fisioterapeutas estudados como atividades relacionadas aos DORTs. Os sete fatores de risco mais freqüentes foram o levantar ou transferir pacientes dependentes (25,7%), tratar excessivo número de pacientes em um dia (19%), trabalhar na mesma posição por longos períodos (18,4%), trabalhar em posturas “desajeitadas” ou restritivas (18,4%), executar técnicas ortopédicas manuais (17,7%), realizar a mesma tarefa repetitivamente (15,2%) e continuar a trabalhar depois de machucado ou lesionado (15,2%). Foram descritos também o inclinar-se ou rodar a coluna de forma “estranha” (14,8%), insuficiência de pausas ou descanso durante o dia de trabalho (14,6%), movimentos repentinos ou evitar queda do paciente (14,6%), trabalhar com pacientes confusos ou agitados (13,9%), horas extras, turnos irregulares e aumento de carga horária (13,1%), assistindo pacientes durante treino de marcha ou deambulação (11,9%); trabalhar próximo do ou no limite físico (11,6%), alcançar algo ou manipulando longe do corpo (10,4%), carregar, levantar ou mover materiais ou equipamentos pesados (7,0%) e inadequado treinamento ou prevenção de lesões (1,2%). Pode-se observar a predominância de fatores biomecânicos na relação com os DORTs.

Mierzejewski e Kumar (1997) também citam os atos de manipular, curvar-se, segurar, levantar, transportar, empurrar e puxar o paciente como atividades relacionadas ao acometimento de coluna lombar em fisioterapeutas. Holder et al. (1999) detectaram como causa direta de lesão aguda os movimentos de transferência de pacientes (30%), responder a um movimento súbito ou inesperado do paciente (25%), levantar algo (24%) e aplicar terapia manual (21%).

Messias (1999), no único trabalho brasileiro indexado sobre o tema, objetivou conhecer a atividade do fisioterapeuta bem como as cargas e ambiente de trabalho, para obter subsídios de intervenção e atuação preventiva com relação à saúde ocupacional desse profissional. Encontrou alta frequência de sintomas músculo-esquelético em membros superiores e coluna, em estudo com 57 fisioterapeutas brasileiros. Dos profissionais estudados, 29,8% relataram lesão nas costas com confirmação por diagnóstico médico em 15,8% dos casos. Lesões na parte superior das costas ou região do pescoço foi queixa de 26% dos indivíduos estudados, sendo 3,5% dos casos diagnosticados também por um médico. Doença da parte inferior das costas com dores freqüentes foi queixa de 21% dos indivíduos, sendo 7% destes casos também diagnosticados como doenças músculo-esquelético. Também se destaca a ocorrência de lesões nos braços e mãos, com 14% de queixas e 10% de confirmação de doença pelo médico e a ocorrência de distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade e insônia) em 29,8% dos profissionais, com diagnóstico médico concomitante em 10,5% dos casos. Foi utilizado por Messias (1999), concomitantemente, um questionário sobre o índice de capacidade para o trabalho, desenvolvido pelo “Finnish Institute of Occupational Health” – Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional – encontrando entre os fisioterapeutas por ela estudados capacidade de trabalho “moderada” (17,5%), “boa” (38,6%) e ótima (43,9%).

Messias (1999) classifica, além das doenças músculo-esquelético e distúrbios emocionais leves, mais quatro grupos de sintomas e doenças relatadas pelos profissionais: infecções do trato respiratório, gastrite e irritação duodenal e doenças e afecções da pele, problemas ou diminuição da audição, doença ou lesões oculares e doenças neurológicas, hipertensão arterial, doença da vesícula, do pâncreas, colite, infecções e doenças genito-urinárias, obesidade e alteração da tireóide. A doença não causava nenhum impedimento ao trabalho para 47,4% dos profissionais pesquisados e 18% relataram que diminuía o ritmo de trabalho ou mudavam os métodos devido à doença. Além disso, foi realizada uma avaliação da intensidade da radiação eletromagnética proveniente do

equipamento de diatermia de ondas curtas. Concluiu que o profissional fisioterapeuta está exposto a cargas ocupacionais que o leva a um desgaste físico e emocional. Aqueles que manuseiam aparelhos de diatermia de ondas curtas se encontram expostos à radiação eletromagnética de intensidade superior ao nível indicado internacionalmente, o que pode, após longos anos de trabalho, causar danos a sua saúde.

O estudo de Messias (1999) alerta para outros fatores pouco valorizados pelos fisioterapeutas, como o ruído no local de trabalho e a exposição a radiações eletromagnéticas acima de níveis recomendáveis. A autora destaca a falta de dados sobre a saúde da população de fisioterapeutas brasileiros. Os estudos apresentados confirmam que a Fisioterapia caracteriza-se como atividade de risco aumentado para DMEs, pela exposição a altas cargas físicas em suas atividades.

Agentes físicos utilizados pelo fisioterapeuta como técnicas de tratamento também podem contribuir para o desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho, como as radiações eletromagnéticas por ondas curtas (Messias, 1999), as microondas e o L.A.S.E.R (*Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation*). Nos ambientes hospitalares, principalmente, o fisioterapeuta está exposto aos riscos biológicos.

Messias participou de um estudo com o objetivo de avaliar a quantidade de radiação eletromagnética a que o fisioterapeuta está submetido quando utiliza equipamentos de ondas curtas no tratamento de pacientes, em clínicas de Fisioterapia de Presidente Prudente-SP. Os resultados deste estudo indicam que em alguns locais o fisioterapeuta está sujeito a riscos de exposição acima dos valores recomendados pelos órgãos internacionais (Teixeira et al., 2003).

Pinto (2000) faz referência de que a atividade de Fisioterapia e a função de fisioterapeuta encontravam-se entre os mais atingidos pela LER, ao lado de enfermeiras, farmacêuticas e outras funções não ligadas à área da saúde.

Romani (2001) observou a ocorrência de DMEs em uma população de 128 fisioterapeutas, em que 62,5% foram acometidos por um ou mais distúrbios. Os mais freqüentes foram os espasmos musculares dolorosos (71,2%), tendinites (41,25%), distensões, estiramentos musculares, comprometimento de disco intervertebral, entorse e sinovites. As regiões anatômicas mais acometidas foram coluna e membros superiores, destacando-se a coluna lombar (65,5%), seguido por distúrbios em coluna cervical e ombro (32,5%). A ocorrência dos DMEs estava diretamente associada à diminuição do tempo de contato com o paciente, a limitação da sua área de prática para evitar outros distúrbios e não agravar o atual e desejo de mudar de trabalho em decorrência do distúrbio. Observou-se que os DMEs, investigados neste trabalho, demonstram nexos causais multifatoriais. Os profissionais fisioterapeutas apresentaram, de forma geral, domínio do fator físico, o que provavelmente restrinja a percepção dos limites entre o saudável, pré-patológico/mórbido e o patológico.

São muitos os profissionais fisioterapeutas que exercem suas atividades em atendimento ao paciente neurológico em colchonetes ou tatames, dispostos no chão ou sobre um tablado de madeira, onde se posicionam de maneira desconfortável e de modo desajeitado, realizando flexão, com ou sem rotação de tronco, e muitas vezes tendo que realizar movimentos de sustentação de peso ou vencer algum grau de hipertonía do paciente, respondendo a movimentos súbitos ou inesperados do paciente, utilizando sua força corporal numa posição indesejável e com tarefas repetitivas. Normalmente, essa postura sentada é acompanhada de flexão dos membros inferiores, o que torna bastante exaustivo, tendo poucas opções de mudanças de postura (Peres, 2002).

Esta postura é altamente fatigante, pois exige grande trabalho estático da musculatura envolvida. A circulação sanguínea das extremidades corporais fica diminuída, porém os trabalhos desenvolvidos dinamicamente em pé promovem menos fadiga que aqueles desenvolvidos estaticamente ou com pouco movimento corporal. De acordo com Santos e Dutra (2001), na posição em pé, ocorre um aumento da pressão hidrostática do sangue nas veias das pernas com acúmulo de

líquidos tissulares nas extremidades inferiores promovendo a dilatação das veias, edema tecidual do tornozelo e fadiga muscular dos músculos da panturrilha.

Todo trabalhador adota um tipo de postura de acordo com a função que exerce em sua atividade de trabalho e, mesmo não intencionalmente, procura utilizar-se de uma postura que lhe seja o mais confortável possível. Os fatores pessoais no trabalho também influenciam na postura adotada pelo fisioterapeuta como, trabalhar próximo ou no limite físico já com sinais de fadiga, dar continuidade às atividades mesmo com dor na musculatura postural e treinamento inadequado sobre a prevenção dos distúrbios posturais (Peres, 2002).

A Fisioterapia é uma profissão estressante sob o ponto de vista ocupacional, associada a fatores como dores nas costas. Os fisioterapeutas, comumente atribuem essas dores ao tipo de atividade que realizam. Assim que se qualificam, os profissionais fisioterapeutas estão, particularmente, vulneráveis a esta situação, embora são mais satisfeitos com seus treinamentos em adquirir suas habilidades do que seus colegas mais velhos profissionalmente. Acredita-se que a não aplicação dos conhecimentos obtidos em sua formação acadêmica, da falta de conscientização corporal e no manejo das habilidades ocupacionais contribuem para o problema. Trata-se de um grupo de risco, relevante para estudos em relação ao problema global de dores nas costas (Peres, 2002).

Parisatto (2003) apresenta a detecção e análise dos sintomas dolorosos de DMEs em fisioterapeutas atuantes na região do ABCD, São Paulo, com uma amostra de 248 profissionais, onde 77% apresentavam alguma queixa de dores músculo-esqueléticas, sendo a pesquisa realizada por meio do protocolo nórdico, o qual dá ênfase aos aspectos biomecânicos.

Alguns ambientes de trabalho dos fisioterapeutas, além das suas áreas de atuação, são predisponentes a DMEs, principalmente os que os fisioterapeutas atendem pacientes com maior dependência física são relacionados à maiores taxas de distúrbios nesses profissionais. Além das cargas físicas, devemos considerar a carga psíquica, que se encontra presente de maneira importante na

rotina destes profissionais. O ambiente de trabalho hospitalar parece ser o local de atuação onde as cargas de trabalho apresentam-se mais intensamente, propiciando maior agressão ao profissional de saúde (Romani, 2001). Holder et al. (1999) detectaram que o maior número de profissionais afetados por DMEs desempenhavam suas funções em hospitais, locais onde se fazem presentes cargas físicas e psíquicas severas.

Cromie (2000) refere alguns fatores pessoais relacionados aos distúrbios posturais em fisioterapeutas como trabalhar próximo ao limite físico e continuar trabalhando mesmo lesionado, falta de treinamento ou treinamento inadequado na prevenção destes distúrbios.

Para Rio e Pires (2001), um aumento de carga produz um acréscimo na tensão dos músculos da coluna vertebral seja pelas forças externas ou pela postura adquirida ao lidar com essas forças. Pode-se dizer que carga de trabalho é representada por atividade física e psíquica exigida dos indivíduos na execução de suas tarefas. Em Ergonomia, os impactos do meio externo sobre o indivíduo podem ser físicos ou mentais e avalia as exigências sobre o corpo humano, como a carga física (no sistema músculo-esquelético, sistema cardiovascular, sistema respiratório, intensidade física de trabalho, etc.), carga sensorial (estímulos táteis, sonoros, visuais, visuais), carga mental (informações a serem processadas) ou emocionais (psicossociais). As exigências de trabalho podem levar à sensação de cansaço sendo este o principal sintoma da fadiga que pode instalar-se por meio de sobrecarga de trabalho.

Rio e Pires (2001) e Grandjean (1998), descrevem os principais sintomas da sobrecarga como cansaço, sonolência, indisposição, lentidão, desmotivação, irritabilidade, redução da capacidade funcional cognitiva (atenção, memória, pensamento), perda de produtividade em atividades físicas e mentais e diversos sintomas psicossomáticos.

Formighieri (2003) realizou um estudo cujo objetivo foi verificar a incidência da Síndrome de burnout em 80 fisioterapeutas da região oeste do Estado do Paraná, relacionando-os com a sua prática profissional, local de

trabalho e alterações na sua rotina. Entre seus achados observou, além da existência de vários fatores de risco, a alta incidência de fisioterapeutas na fase inicial da síndrome. Também conclui que esta é uma condição relacionada diretamente à natureza do trabalho deles.

Messias (1999) entende que o abalo emocional do fisioterapeuta não se refere apenas à sua limitação diante do quadro clínico do paciente, mas principalmente em razão das dificuldades na condução de seu trabalho advindas, por exemplo, da insatisfação com o salário, da conduta de outros profissionais e do relacionamento com os colegas de profissão. Com o excesso de trabalho e os vários empregos, o profissional deve estar mais disponível para o trabalho e, conseqüentemente, resta-lhe menos tempo para o descanso, lazer, atividade física e contato com amigos e familiares. Além disso, em vista de um mercado de trabalho cada vez mais competitivo, o profissional se sujeita a qualquer remuneração e atividade para poder continuar no mercado.

De acordo com as revisões bibliográficas, pode-se constatar que as sobrecargas físicas e psíquicas em fisioterapeutas ocorrem em alta incidência. Portanto, conclui-se que este profissional se enquadra numa profissão de risco para sua saúde, pelas atividades ocupacionais desenvolvidas.

1.10- Qualidade de vida

Cuidar da saúde para viver o maior tempo possível e com a máxima QV é uma das preocupações mais antigas da humanidade. Esse desejo já existia mesmo antes que a ciência conhecesse as causas e os tratamentos da maior parte das doenças, como acontece atualmente (Kupstas, 1997).

A preocupação em preservar a saúde já aparecia também na relação das pessoas com o meio ambiente. As vilas e cidades eram sempre instaladas nos lugares considerados mais seguros e saudáveis, bem-arejados e iluminados. Roma, capital do Império Romano, e Atenas, uma importante cidade da Grécia

Antiga, foram instaladas em locais onde o clima era agradável e onde existiam fontes de água (Kupstas, 1997).

No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e QV, embora bastante inespecífico e generalizante, existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, quando investigações sistemáticas começaram a referendar esta tese e dar subsídios para políticas públicas e movimentos sociais (Minayo et al., 2000).

Não é de hoje a preocupação com a QV, pois o desejo de manter uma vida melhor e mais saudável é antigo. Ao longo dos tempos, os seres humanos têm aspirado satisfazer suas necessidades da melhor forma possível, lutando por isso e criando estruturas de relações que lhes sejam úteis na busca da satisfação. O problema da QV, do bem estar ou da felicidade, é tão antigo como os seres humanos (Marques, 2000).

Segundo Wood-Dauphinee (1999), o termo QV foi mencionado pela primeira vez em 1920 por Pigou, em um livro sobre economia e bem-estar. Ele discutiu o suporte governamental para pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre as suas vidas e sobre o orçamento do Estado. O termo não foi valorizado e foi esquecido.

No entanto, Paschoal (2002) descreve que um dos primeiros usos do termo QV num periódico médico aconteceu na metade dos anos 60, quando Elkington escreveu um editorial intitulado Medicina e Qualidade de Vida. Ele levantou questões acerca das responsabilidades da medicina a respeito da condição exemplificada pela manutenção da vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. De lá para cá, aumentou de forma expressiva a utilização do termo na literatura médica e nas ciências da saúde.

Em seus estudos, Fleck et al. (1999a) diz que a expressão QV foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que "*os objetivos não podem ser medidos através*

do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas". O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de "qualidade de vida" refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

Em seu trabalho, Seidl e Zannon (2004) relatam que já em meados da década de 70, Campbell (1976) tentou explicitar as dificuldades que cercavam a conceituação do termo QV: "*qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é*". A citação dessa afirmação, feita há cerca de trinta anos, ilustra a ênfase dada na literatura mais recente às controvérsias sobre o conceito desde que este começou a aparecer na literatura associado a trabalhos empíricos.

Após a segunda guerra mundial, o termo passou a ser muito utilizado (Jacob Filho, 2003; Meeberg, 1993), sendo que a noção de sucesso das pessoas e países estava associada à melhoria do padrão de vida, principalmente relacionado com a obtenção de bens materiais, como possuir casa própria, aparelhos eletrônicos, carro, etc (Paschoal, 2001).

Assim os conceitos propostos inicialmente sobre QV, enfatizavam os aspectos materiais, como salário, sucesso profissional e bens adquiridos (Nahas, 2001). O conceito foi, a seguir, ampliado, a fim de medir o quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente, utilizando-se os indicadores econômicos como instrumentos para medir e comparar a QV. Com o passar dos anos, o conceito se ampliou, significando, além do crescimento econômico, o desenvolvimento social, como educação, saúde, lazer, etc. (Paschoal, 2001; Silva, 2003). Paschoal (2001) concorda, afirmando que o conceito foi ampliado, paulatinamente, englobando o desenvolvimento socioeconômico e humano

(aspecto objetivo) e a percepção individual (aspecto subjetivo) das pessoas a respeito de suas vidas.

No Brasil, de acordo com Paschoal (2000), o tema QV passou a ter significado e importância nas pesquisas da área da saúde na última década, mais precisamente a partir de 1992, quando a média de publicações aumentou sete vezes, comparada aos dez primeiros anos levantados, ou seja, entre 1982 e 1991.

Nos países desenvolvidos, a emergência da preocupação com o tema QV ocorreu logo depois da Segunda Grande Guerra Mundial e coincidiu com o desenvolvimento de procedimentos e técnicas destinados à manutenção da vida de enfermos crônicos e terminais e de bebês prematuros ou que estavam sob risco de morte, avanços esses que decorreram, em parte, das oportunidades geradas por aquele conflito. Tais progressos geraram discussão sobre a relação custo-benefício, considerando tanto o bem estar do indivíduo como os interesses da sociedade. Foi nesse contexto que se começou a falar em qualidade de vida em medicina (Neri, 2004).

Com o desenvolvimento das ciências relacionadas à saúde, principalmente a partir do século XIX, as pessoas passavam a dispor de mais informações sobre o que é bom e o que é nocivo à saúde (Kupstas, 1997).

A partir do início da década de 90, parece consolidar-se um consenso entre os estudiosos da área quanto a três aspectos relevantes do conceito de QV: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade. No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida. Em outras palavras, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida. Em relação a multidimensionalidade, inclui-se pelo menos três dimensões - a física, a psicológica e a social, sempre na direção da subjetividade. A terceira característica consensual refere-se à bipolaridade, uma vez que o construto possui dimensões positivas e negativas, e

ênfatiza as percepções dos indivíduos acerca dessas dimensões (The Whoqol Group, 1995).

Dejours (1986) também cita que a definição de QV humana depende da subjetividade de cada um. Portanto, hoje tornar-se independente, satisfazer suas necessidades, para a maioria das pessoas, ter QV, está relacionado com o fato de se ter saúde, uma vez que saúde é para cada homem, mulher ou criança ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social.

Minayo et al. (2000) nos chamam a atenção sobre essa percepção subjetiva quando coloca que:

qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética social. Envolve condições como conforto e bem-estar, satisfação das necessidades materiais e espirituais, capacidade de viver sem doenças ou de superar os estados ou condições de morbidade e várias outras variáveis como sua dimensão cultural.

Paschoal (2002) acrescenta outras duas características: complexidade e mutabilidade. Por ser multidimensional, bipolar e subjetivo, o autor considera o construto complexo e difícil de avaliar. Além disso, a avaliação da QV muda com o tempo, pessoa, lugar e contexto cultural; e, para uma mesma pessoa, muda conforme o seu estado de humor. Por esta razão, a dificuldade na avaliação aumenta.

Estudiosos ênfatizam, então, que QV só pode ser avaliada pela própria pessoa, ao contrário das tendências iniciais de uso do conceito quando QV era avaliada por um observador, usualmente um profissional de saúde. Nesse sentido, há a preocupação quanto ao desenvolvimento de métodos de avaliação e de instrumentos que devem considerar a perspectiva da população ou dos pacientes, e não a visão de cientistas e de profissionais de saúde (Slevin et al., 1998).

No mundo das idéias de hoje, está disseminado o trato com a chamada “qualidade de vida” em todas as áreas do saber, parecendo ser essa a nova panacéia para os males da humanidade (Moreira, 2001).

No Brasil, igualmente, vem crescendo o interesse pelo tema QV no campo da saúde. Alguns trabalhos publicados no Brasil foram considerados tendo em vista a sua contribuição para o avanço das pesquisas sobre QV no país e por sua consonância com as tendências históricas observadas no contexto internacional (Seidl e Zannon, 2004).

Podemos considerar que esse crescimento seja devido, principalmente, ao aumento do número de pesquisas sobre avaliação de tecnologia e de eficácia em saúde, custo-efetividade e rede de benefícios de novas estratégias terapêuticas para determinar se os valores despendidos com saúde se justificam. Ganha força a idéia de que não basta adicionar anos à vida, mas sim levar em consideração a vida somada aos anos (Fleck et al., 1999b).

Atualmente, a QV representa um tema de pesquisa imprescindível na área da saúde, visto que os seus resultados contribuem para obter avaliações mais acuradas da saúde dos indivíduos e das populações, para aprovar e definir tratamentos médicos, avaliar custo / benefício do cuidado com a saúde, medir o impacto que as doenças crônicas têm sobre os indivíduos e reduzir as taxas de morbidade e mortalidade (Fitzpatrick et al., 1992; Guyatt et al., 1993).

Seidl e Zannon (2004) afirmam que conceito QV é um termo utilizado em duas vertentes: (1) na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; (2) no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde.

Segundo Guyatt (1993), a natureza abstrata do termo QV explica por que boa qualidade tem significados divergentes, para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diversos. É por isso que há inúmeras conceituações do termo

QV; é provável que cada indivíduo tenha a sua própria. É um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo, conforme o decorrer do tempo e a função de estados emocionais, e a ocorrência de eventos cotidianos, sociohistóricos e ecológicos.

Há muitos elementos da QV. Baseiam-se na fruição garantida e tranqüila da saúde e da educação, da alimentação adequada e da habitação, de um ambiente estável e saudável, da equidade, da igualdade entre os sexos, da participação nas responsabilidades da vida de todos os dias, da dignidade e da segurança. Cada um destes elementos é importante em si, mas a falta da realização nem que seja de um só pode minar o sentido subjetivo da qualidade de vida (CIPQV, 1999).

QV é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação a suas metas, expectativas, parâmetros e relações sociais. É um conceito de larga abrangência, afetando de modo complexo a saúde física da pessoa, seu estado psicológico, nível de independência, relacionamento social e suas relações com características salientes do ambiente (The Whoqol Group, 1994).

No campo da Saúde Coletiva a QV é definida como “a condição de existência relativa ao modo de viver em sociedade, articulando o momento histórico e a estruturação no cotidiano que está estreitamente relacionada ao grau de liberdade social e à capacidade de usufruto das conquistas técnico-científicas pelos indivíduos e grupos sociais” (Chiesa, 2000).

Na abertura do 2º Congresso de Epidemiologia, Rufino Netto (1994) assim se refere:

Vou considerar como qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de

suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes. Falta o esforço de fazer da noção um conceito e torná-lo operativo.

Minayo et al. (2000) conceituam QV como uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Duas tendências quanto à conceituação do termo na área de saúde são identificadas: QV como um conceito mais genérico, e QV relacionada à saúde (*health-related quality of life*). No primeiro caso, QV apresenta uma aceção mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos. Ilustra com excelência essa conceituação a que foi adotada pela OMS, em seu estudo multicêntrico que teve por objetivo principal elaborar um instrumento que avaliasse a QV em uma perspectiva internacional e transcultural.

Um aspecto importante que caracteriza estudos que partem de uma definição genérica do termo QV é que as amostras estudadas incluem pessoas saudáveis da população, nunca se restringindo a amostras de pessoas portadoras de agravos específicos (Seidl e Zannon, 2004).

Na área médica, a avaliação da QV passou a ser vista como a terceira dimensão a ser considerada, além da eficácia (modificação da doença por efeito de drogas) e da segurança (prevenção de reações adversas a drogas), principalmente em especialidades como a oncologia, em que a dignidade e o bem-estar psicológico do paciente podem ser muito prejudicados, por causa e

apesar dos procedimentos destinados a preservar-lhe à vida. Essa questão é igualmente recorrente em geriatria, campo em que muitas vezes ocorrem dilemas de ordem ética e prática envolvendo a legitimidade e a oportunidade do prolongamento da vida de idosos, muito frágeis do ponto de vista físico e mental. (Neri, 2004).

Seidl e Zannon (2004), discorrendo sobre a abordagem da QV na área da saúde, afirmam que isso decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. A melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais, quanto das políticas públicas para o setor nos campos da Promoção da Saúde e da prevenção de doenças. Isso é comprovado pelo fato de que várias pesquisas sobre QV e vários instrumentos para mensurá-la têm surgido nos últimos anos na área da saúde. QV é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (The Whoqol Group, 1994).

Outra abordagem conceitual é a QV no trabalho. Haddad (2000) através de revisão da literatura, conclui que não há consenso sobre os aspectos conceituais de QV no trabalho, mas que há várias correntes ou abordagens. E coloca que QV no trabalho está freqüentemente relacionada a vários fatores: melhoria das condições físicas do trabalhador, lazer, estilo de vida, instalações organizacionais adequadas, atendimento às reivindicações dos trabalhadores, ampliação de benefícios. A autora afirma que a QV no trabalho é o maior determinante da QV. Assim sendo, na sociedade contemporânea, o trabalho passou a ocupar um lugar central na vida do homem.

Como se pode concluir, o tema QV é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, ele se apóia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante. Quando vista de

forma mais focalizada, QV em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Isso porque, em geral, os profissionais atuam no âmbito em que podem influenciar diretamente, isto é, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças, intervindo sobre os agravos que podem gerar dependências e desconfortos, seja para evitá-los, seja minorando conseqüências dos mesmos ou das intervenções realizadas para diagnosticá-los ou tratá-los (Minayo et al., 2000).

Em seu estudo, Seidl e Zannon (2004) tiveram como propósito apresentar o termo QV, com base em enfoque abrangente e panorâmico das principais questões teórico-metodológicas que caracterizam a aplicação do conceito no campo da saúde e concluíram que este parece consolidar-se como uma variável importante na prática clínica e na produção de conhecimento na área de saúde. Não obstante as controvérsias existentes sobre a sua conceituação e as estratégias de mensuração, os esforços teórico-metodológicos têm contribuído para a clarificação do conceito e sua relativa maturidade. Acrescentam ainda que seu desenvolvimento poderá resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença, o que pode ser de grande valia para a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. Assim, sendo QV um construto eminentemente interdisciplinar, a contribuição de diferentes áreas do conhecimento pode ser de fato valiosa e mesmo indispensável.

Embora fazendo parte do cotidiano, os parâmetros para a definição do que é viver com qualidade são múltiplos e resultam das características, expectativas e interesses individuais (Bahia, 2002).

A QV é uma opção pessoal decorrente das expectativas e possibilidades das pessoas, estando sujeita à reestruturação constante, possuindo, portanto, dinâmica própria representando um parâmetro em que todos devem respeitar a individualidade (Novaes, 1995).

Conforme Seixas (1993), a expectativa de mudança do nível de vida existente, para um padrão de maior qualidade, é uma busca interminável e desgastante para a maioria das pessoas. Essa busca tem sido objeto de estudo de várias áreas, dentre elas: sociologia, psicologia, medicina, educação física e engenharia.

Atualmente, coloca-se a QV como base de todas as outras qualidades, uma vez que esta focaliza a saúde e a satisfação como condições necessárias para que o ser humano se esforce e produza da melhor maneira possível, acreditando que o homem vale mais do que o seu produto e que a QV é medida pela saúde e pela satisfação total de cada um (Bahia, 2002).

1.11- Qualidade de Vida no trabalho

Dentro do contexto da vida e da QV das pessoas, o momento do trabalho é tão importante que não pode ser deixado de lado. Assim, ele se revela também importante na avaliação da população trabalhadora e, em especial, dos fisioterapeutas (Bahia, 2002).

O termo QV no trabalho, segundo Alves (2000), surgiu na década de 50 com Erich Trist estudando os sistemas sociotécnicos. Com a evolução dos estudos na área social, as exigências das pessoas e o conhecimento das necessidades delas em relação ao trabalho, as organizações passam a investir na melhoria da QV das pessoas no trabalho, cujo resultado deste investimento é um ambiente mais humanizado, e tem por objetivo atender tanto às aspirações mais altas quanto as mais básicas, procurando encorajar o desenvolvimento das habilidades e capacidades dos trabalhadores, considerando o espaço que o trabalho ocupa na vida das pessoas e, que por sua vez, não deve prejudicar a capacidade delas desempenharem outros papéis na sociedade.

Corrêa (1993) entende que a “Qualidade de Vida no Trabalho é como um fenômeno complexo que vem sendo desvendado pouco a pouco. Neste caso, o estudo do contexto socioeconômico faz-se necessário para a compreensão dos

valores e motivações dominantes”. A autora aponta quatro estágios para o entendimento do movimento pela QV no trabalho, do resultado das conquistas sociais, do avanço das teorias administrativas e do estágio de desenvolvimento econômico das sociedades. O primeiro estágio abrange as condições de subsistência, como salário compatível com a função, segurança, prevenção de acidentes, seguridade social e aposentadoria. O segundo estágio refere-se a incentivos salariais, participação nos lucros e eficiência administrativa. O terceiro estágio destaca o reconhecimento social, a liderança democrática, o treinamento, a participação e a moral de grupo como dimensões da QV no trabalho. O último estágio - auto-realização - surge por volta de 1960 com as teorias comportamentais e o movimento de QV no trabalho, desenvolvendo as teses de autodesenvolvimento, criatividade, flexibilidade no horário de trabalho, pequenos grupos e meio ambiente.

A QV no trabalho, segundo a concepção de Limongi e Assis (1995), é uma compreensão abrangente sobre as condições de vida no trabalho, incluindo aspectos de bem-estar, garantia de saúde e segurança física, mental e social e capacitação para realizar tarefas com segurança e bom uso de energia pessoal. A QV no trabalho só faz sentido quando deixa de ser restrita a programas internos de saúde ou lazer e passa a ser discutida num sentido mais amplo, incluindo qualidade das relações de trabalho e suas conseqüências na saúde das pessoas e da organização.

Conforme enuncia Lima (1998), a tecnologia de QV no trabalho pode ser utilizada exatamente para que as pessoas queiram mais, como decorrência de um envolvimento maior com o trabalho que realizam, por compartilharem mais das coisas que lhes dizem respeito e pela existência de um ambiente favorável, onde os indivíduos sintam-se estimulados e motivados a produzir, satisfazendo seus anseios e necessidades, e ao mesmo tempo indo ao encontro dos objetivos organizacionais. A linha de pesquisa da QV no trabalho, por sua simplicidade de interpretação e aplicação, surge como uma alternativa para os estudiosos das relações de trabalho, visto que nela podem-se inserir não só aspectos materiais

como compensação, saúde e segurança, mas a situação de trabalho de forma ampla, incluindo autonomia, partilha de responsabilidade, autocontrole, participação na gestão e nos resultados, possibilitando efetivas de crescimento profissional e pessoal.

Evans (1996) relatou que a internacionalização e a crescente competitividade de mercado exigem novas habilidades das organizações e de seus líderes, crescendo por todo o mundo a pressão para se organizar tudo de forma melhor, mais rápida e mais barata. O papel do trabalho na sociedade mudou muito rapidamente, o quadro competitivo indica que as empresas tendem a possuir somente a metade do número de pessoas que têm atualmente. Por conseqüência, as pessoas, tendo que desenvolver mais funções, deverão se aperfeiçoar duas vezes mais. A década de 90 e a entrada no novo milênio, por envolverem grandes mudanças, constituem uma era de tensões, que envolvem não só a vida profissional das pessoas, mas também suas vidas privadas. A grande lição a ser aprendida consiste em saber como manipular essas tensões e transformá-las em algo que contribua para melhorar a QV das pessoas.

Neste contexto, QV e trabalho com qualidade é o ponto que mais se destaca neste início de milênio, pois se sabe, hoje, que não se pode mais separar o ambiente de trabalho, do ambiente da família e ou ambiente social (Formighieri, 2003).

1.12- Instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida

Nas últimas décadas, a QV destacou-se como um conceito amplamente difundido em diversas áreas, principalmente no meio acadêmico, através de estudos científicos relacionados à saúde, Há diversas concepções associando QV a “boa vida” (visão aristotélica); desenvolvimento humano; bem estar psicológico; felicidade e satisfação das necessidades (Paschoal, 2000; Albuquerque, 2003).

Os avanços ocorridos na Medicina determinaram a necessidade de criar parâmetros para avaliação dos pacientes, que não fossem somente relacionados ao controle de sintomas ou à morbi-mortalidade de uma determinada doença (Lima, 2002).

No final do século XX houve um crescente interesse no construto “Qualidade de Vida”, que passou a ser estudado em diversas áreas do conhecimento humano. Definição, metodologia de pesquisa e motivos para se medir QV passaram a ser um tema de interesse, por exemplo, de médicos, psicólogos, cientistas sociais e filósofos (Monteiro et al., 1991). No contexto médico, este conceito surgiu como uma tentativa de valorizar as percepções do paciente a respeito de vários aspectos de sua vida e não meramente uma avaliação de seu estado de saúde (Lima, 2002).

Dentro desta nova concepção, é necessário o entendimento de alguns aspectos que são fundamentais para definição de QV. Trata-se de uma abordagem centrada na percepção pelo paciente do seu funcionamento em diferentes áreas da vida, como por exemplo, a física, a ocupacional, a psicológica, a interação social e as sensações somáticas. A QV pode flutuar ao longo do tempo de forma global ou em algumas áreas da vida do sujeito. Neste caso, o paciente serve como seu próprio controle (Morgado e Coutinho, 1985).

Tamaki (2000) destaca o quanto é difícil avaliar e quantificar a QV, uma vez que qualquer método que tenha essa finalidade será reducionista, tendo em vista a complexidade do fenômeno.

A natureza abstrata do termo QV explica por que boa qualidade tem significados diferentes para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diferentes. É por isso que há inúmeras conceituações de QV. Talvez cada indivíduo tenha a sua própria. É um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo,

conforme o decorrer do tempo e a função de estados emocionais, e a ocorrência de eventos cotidianos, sócio-históricos e ecológicos (Paschoal, 2002).

Traduzir os vários aspectos dos componentes da QV em valores quantitativos é uma tarefa difícil, pois implica na necessidade de se avaliar dimensões múltiplas, com avaliações de itens múltiplos de cada dimensão. A consequência desta complexidade é o desenvolvimento, nos últimos anos, de um grande número de instrumentos de medida (Kurtner, 1994).

Para criação de um instrumento de medida é necessário que exista um conceito claro do que está sendo medido e modelos teóricos que embasem este conceito. Em relação à QV, infelizmente seu conceito, é ainda impreciso e não consensual, envolvendo diferentes modelos teóricos para o seu entendimento (Monteiro et al., 1991).

Segundo Lima (2002), apesar da diversidade de modelos conceituais para a QV, há poucos dados empíricos que testaram a adequação destes modelos. No entanto, alguns aspectos são consenso na literatura:

1. É uma medida que varia ao longo do tempo
2. É uma medida subjetiva que parte da percepção do paciente
3. O paciente serve como seu próprio controle, ou seja, são detectadas mudanças que ocorrem na sua QV de acordo com a sua trajetória de doença, ao invés de uma avaliação de ausência ou de presença de sintomas.
4. A QV deve ser avaliada em vários níveis: desde questões para avaliação do bem-estar global do paciente até questões referentes a domínios específicos.

Existem diversos instrumentos publicados na literatura para avaliação de QV. Podem ser classificados em três categorias, de acordo com o tipo de desfecho que pretendem aferir (The Whoqol Group, 1993).

1. Qualidade de vida geral: avaliam QV de uma maneira global, utilizando os vários domínios de forma igualitária. Baseia-se em geral num referencial social. Esta concepção fornece elementos para compreender as motivações, os desejos, as oportunidades e os recursos disponíveis para a satisfação e bem-estar de um indivíduo em relação às suas realizações nos diferentes domínios da vida. Existem vários instrumentos nesta categoria como “Satisfaction with Life Domain Scale” (SLDS), “Lehman Quality of Life Interview” (QOLI), “World Health Organization Quality of Life” (WHOQOL), entre outros (The Whoqol Group, 1993).
2. Qualidade de vida ligada à saúde: é aferida pelo impacto de uma doença na vida do sujeito. Neste modelo há uma valorização dos aspectos relacionados ao processo das limitações funcionais provocadas pela doença e resposta a tratamentos, em detrimento de aspectos sociais ou ambientais. Entre os instrumentos para a avaliação destes aspectos encontram-se o “Sickness Impact Profile” (SIP), “Nottingham Health Profile” (NHP), “Medical Outcomes Study – short form” (MOS SF-36), “Quality of Well-Being” (The Whoqol Group, 1993).
3. Qualidade e vida ligada a uma doença específica: Refere-se à avaliação de aspectos relacionados à QV, específicos a uma determinada doença. Há vários instrumentos de acordo com a patologia em questão. Na área de psiquiatria, por exemplo, existem instrumentos para a avaliação de QV em pacientes com depressão, como o “Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire” (Q-LES-Q) e “Quality of Life Depression Scale” (QLDS) (The Whoqol Group, 1993).

Na seleção de um instrumento de medida da QV para ser aplicado em estudos clínicos ou populacionais, são necessários quatro critérios: 1. definir o propósito para o qual o instrumento de medida será usado; 2. determinar a

categoria geral do instrumento; 3. selecionar o formato apropriado para o estudo, se vários formatos forem disponíveis e, 4. possuir certas propriedades psicométricas como: confiabilidade, validade, responsividade e normatização (Guyatt et al., 1993).

A avaliação da própria vida, para concluir a respeito de sua qualidade, é um processo complexo. O indivíduo avalia a sua vida passada, suas conquistas e fracassos. Ao mesmo tempo, encara o momento presente, olha para o futuro e analisa se as perspectivas são boas ou sombrias. Muitos fatores entram nesta avaliação, como os ambientais e os pessoais, positivos e negativos, o físico, o mental, o social, além de seus valores e princípios (Paschoal, 2001).

Avaliar QV tornou-se muito importante, principalmente em função das mudanças que a vida moderna e o sistema capitalista têm imposto ao homem. Além do mais, pode fazer a pessoa questionar sobre o verdadeiro objetivo de sua vida, as compensações, as perdas e os danos e, talvez, reconsiderar muitos dos conceitos antes estabelecidos, sobre a vida (Kluthcovsky, 2005).

1.13- World Health Organization Quality of Life – WHOQOL

Os instrumentos de avaliação em QV em geral são desenvolvidos em um único país (Estados Unidos ou Inglaterra na sua grande maioria) e então traduzidos para diferentes línguas. Esta metodologia não leva em consideração as peculiaridades do país na qual o instrumento traduzido vai ser aplicado. Numa tentativa de criar um instrumento para avaliação de QV que levasse em consideração as peculiaridades de diferentes países em diferentes culturas, a OMS resolveu, em 1991, desenvolver o “World Health Organization Quality of Life Instrument” (WHOQOL). Este questionário foi desenvolvido a partir de 15 centros, envolvendo 45000 participantes, durante quatro anos. Para isso foram selecionados centros com diferentes níveis de industrialização, assim como de recursos de saúde disponíveis e outros marcadores relevantes para medida de QV, como papel da família, percepção de tempo, percepção do “self”, domínio

religioso, entre outros (Power et al., 1999). Este estudo teve como ponto de partida a criação de um conceito universal para a QV, ou seja, comum a todas as culturas (Holcomb et al., 1997).

A aplicação transcultural através da tradução de qualquer instrumento de avaliação é um tema controverso. Alguns autores criticam a possibilidade de que o conceito de QV possa não ser ligado à cultura (Fox-Rushby e Parker, 1995). Por outro lado, em um nível abstrato, alguns autores têm considerado que existe um "universal cultural" de QV, isto é, que, independente de nação, cultura ou época, é importante que as pessoas se sintam bem psicologicamente, possuam boas condições físicas e sintam-se socialmente integradas e funcionalmente competentes (Bullinger et al., 1993).

Assim, a OMS definiu QV como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994).

A partir deste conceito, o Whoqol Group realizou um estudo piloto colaborativo, multicêntrico, em 15 cidades: Melbourne (Austrália), Zagreb (Croácia), Paris (França), Nova Delhi (Índia), Madras (Índia), Beer-Sheeva (Israel), Tóquio (Japão), Tilburg (Holanda), Panamá (Panamá), São Petersburgo (Rússia), Barcelona (Espanha), Bangkok (Tailândia), Bath (Reino Unido), Seattle (EUA) e Harara (Zimbawe), com a finalidade de elaborar um instrumento de auto-avaliação.

Composto por 100 itens, o WHOQOL-100, foi organizado em seis principais domínios: I - Físico; II – Psicológico; III – Nível de independência; IV – Relações sociais; V – Ambiente e VI – Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais. Esses domínios foram subdivididos em vinte e quatro facetas (subdomínios). Os domínios e as facetas do WHOQOL-100 estão descritos no Quadro 1. O instrumento apresentou propriedades psicométricas satisfatórias quanto à validade de construto, confiabilidade e validade discriminante (Russo et al., 1997).

Quadro 1- Domínios e facetas do whoqol-100

DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL-100

Domínio I - Domínio físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso

Domínio II - Domínio psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima

Domínio III - Nível de Independência

7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

Domínio IV - Relações sociais

13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual

Domínio V- Ambiente

16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte

Domínio VI - Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais

24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Fleck et al, 1999 (adaptado).

A versão em português (Brasil) foi desenvolvida e validada no Centro Whoqol para o Brasil, do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. O WHOQOL-100, versão brasileira, foi adaptado à nossa população por Fleck et al. em 1999, seguindo os seguintes passos: 1) Tradução, 2) Revisão por painel, 3) Grupos locais com a comunidade, em quatro grupos diferentes, 4) Incorporação das sugestões, 5) Retrotradução e 6) Reavaliação da retrotradução (Fleck et al., 1999a; 1999b).

A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref (The Whoqol Group, 1998).

O WHOQOL-bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de QV e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (Quadro 1). Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes (The Whoqol Group, 1998). Os domínios e as facetas do WHOQOL-bref estão descritos no Quadro 2.

Quadro 2- Domínios e facetas do whoqol-bref

DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL-bref.

Domínio I - Domínio físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

Domínio II - Domínio psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Domínio III - Relações sociais

13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual

Domínio IV - Meio ambiente

16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte

Fleck et al, 2000 (adaptado).

O critério de seleção das questões para compor o WHOQOL-bref foi tanto psicométrico como conceitual. No nível conceitual, foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS de que o caráter abrangente do instrumento original (o WHOQOL-100) deveria ser preservado. Assim, cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 deveria ser representada por uma questão. No nível psicométrico foi então selecionada a questão que mais altamente se correlacionasse com o escore total do WHOQOL-100, calculado pela média de todas as facetas. Após esta etapa, os itens selecionados foram examinados por um painel de peritos para estabelecer se representavam conceitualmente cada domínio de onde as facetas provinham. Dos 24 itens selecionados, seis foram substituídos por questões que definissem melhor a faceta correspondente. Três itens do domínio meio ambiente foram substituídos por serem muito correlacionados com o domínio psicológico. Os outros três itens foram substituídos por explicarem melhor a faceta em questão (Fleck et al., 2000).

O questionário apresenta duas questões (1 e 2) sobre QV geral que são calculadas em conjunto para gerar um único escore independente dos outros escores dos domínios. Essas questões são denominadas “Overall” ou Índice Geral de QV (IGQV).

As respostas por faceta são obtidas por uma escala do tipo Likert, com cinco pontos (1 a 5), invertidos unicamente nas questões 3, 4 e 26, nas quais 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1. Quando um item não é preenchido, ele é substituído pela média das outras facetas que compõem o mesmo domínio.

Tanto os domínios como a QV geral são medidos em direção positiva, ou seja, os escores mais altos significam melhor QV. O escore final obtido em cada domínio e na QV geral pode se transformar em dois tipos de escalas: uma de 4 a 20 e a outra de 0 a 100.

A versão abreviada demonstrou características satisfatórias quanto à confiabilidade teste-reteste e à validade discriminante, apresentando como principal vantagem o preenchimento rápido (Spitzer et al., 1994). O questionário WHOQOL já foi traduzido para mais de 20 idiomas.

No Brasil, o WHOQOL-bref foi validado por Fleck et al. (2000) e está disponível, desde dezembro de 1999, no site do grupo do Rio Grande do Sul (RS). Fleck et al. (2000) publicaram o teste de campo brasileiro do WHOQOL-bref que foi aplicado a uma amostra de 300 indivíduos na cidade de Porto Alegre, RS. Neste estudo concluíram que o instrumento mostrou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste.

As características psicométricas do WHOQOL-bref na sua versão em português são semelhantes às da amostra do estudo multicêntrico que deu origem ao instrumento (The Whoqol Group, 1998).

A versão abreviada WHOQOL-bref mostrou-se uma alternativa útil para as situações em que a versão longa é de difícil aplicabilidade como em estudos epidemiológicos e/ou com utilização de múltiplos instrumentos de avaliação (Fleck et al., 2000).

A iniciativa da OMS do projeto Whoqol teve, portanto, dois objetivos básicos: padronizar uma medida internacional de QV e incentivar uma visão holística da saúde e do atendimento à saúde. O WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref são uma propriedade da OMS, mas podem ser copiados e usados, desde que os usuários não modifiquem as orientações, questões e "layout" de nenhuma forma e comuniquem sua utilização ao Grupo de Qualidade de Vida de seu país de origem ou diretamente à OMS.

1.14 Justificativa

Segundo o decreto-lei nº 261/93 de 24 de julho, a definição de Fisioterapia centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base essencialmente no movimento, nas terapias manipulativas e meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção de saúde

e prevenção da doença, da deficiência, da incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar, indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com objetivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e QV.

Entretanto, não podemos esquecer que esses profissionais também são seres humanos, e não máquinas, e que eles utilizam o seu próprio corpo como instrumento de trabalho, possuindo assim, certas limitações e a necessidade de atenção especial e primordial a sua própria saúde. Logo, se o fisioterapeuta está habilitado para atuar em função da qualidade de vida das pessoas, de que maneira ele, que utiliza o próprio corpo como instrumento de trabalho, busca qualidade na sua vida?

Avaliar QV tornou-se muito importante, principalmente em função das mudanças que a vida moderna e o sistema capitalista têm imposto ao homem. Dentro do contexto da vida, e da QV das pessoas, o momento do trabalho é tão importante, que não pode ser deixado de lado, pois se sabe, hoje, que não se pode mais separar o ambiente de trabalho dos demais. Além disso, pode-se observar, no dia-a-dia de trabalho, indícios da existência de vários fatores de risco à saúde, principalmente dos fisioterapeutas, podendo ocasionar o comprometimento da sua QV.

Existem muitos trabalhos que exploram os vários aspectos da QV, especialmente com relação a doenças crônicas e efeitos de medicamentos (Bonicatto et al., 2001; Barros R, 2002; Berlim e Fleck, 2003; Berlim et al., 2003; Boery, 2003; Chan et al., 2003; Chandra et al., 2003). Entretanto, tem sido pouco pesquisada em populações específicas, como é o caso dos profissionais de saúde. Até o momento, foram publicados alguns trabalhos utilizando instrumentos de QV especificamente na área de enfermagem (Beck et al., 1999; Magalhães e Yamakaway, 2001; Martins, 2002; Cimete et al., 2003), nutricionistas, médicos e um com cirurgiões-dentistas (Nunes e Freire, 2006). Não foi encontrado estudo sobre a QV dos profissionais de Fisioterapia, utilizando algum instrumento validado, especialmente de trabalhos na área de Saúde Coletiva.

Tendo em vista a falta de estudos sobre QV dos fisioterapeutas, as mudanças ocorridas no mundo do trabalho que podem influenciá-la, a existência de vários fatores de risco à saúde desses trabalhadores e o fato desses profissionais utilizarem o próprio corpo como instrumento de trabalho, essa pesquisa propôs investigar mais especificamente os aspectos relacionados à QV desses profissionais.

A Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) foi escolhida por possuir um complexo de saúde de referência e excelência, nacional e internacional, que presta assistência médico-hospitalar universal e complexa, desenvolvendo ações de promoção do ensino, da pesquisa e da assistência, constituindo-se em palco de grandes e importantes descobertas. Dentre as suas especialidades, conta com importantes serviços de Fisioterapia, tanto ambulatorial quanto hospitalar, distribuídos neste complexo.

2- OBJETIVOS

2.1- Objetivo geral

Conhecer a qualidade de vida dos fisioterapeutas que atuam no complexo de saúde do campus de Campinas da UNICAMP.

2.2- Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas, para traçar um perfil dos fisioterapeutas que atuam no complexo de saúde do campus de Campinas da UNICAMP;
- Levantar características referentes à qualificação profissional, ao exercício da profissão e à saúde do trabalhador;
- Avaliar o nível de qualidade de vida desta população.

3- MÉTODOS

3.1- Tipo de estudo

Estudo transversal, descritivo e analítico baseado em estratégias de análise quantitativa.

3.2- Local

O estudo foi realizado nos serviços de Fisioterapia do complexo de saúde do campus de Campinas da UNICAMP, situada no distrito Barão Geraldo em Campinas - SP. Esse complexo é composto pelos seguintes centros:

- Hospital das Clínicas (HC): hospital de referência e excelência, que presta assistência médico-hospitalar universal e complexa. Desenvolve ações de promoção do ensino, da pesquisa e da assistência, servindo de campo de ensino e treinamento dos cursos de graduação e pós-graduação Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP e de outras instituições. Dentre as suas especialidades, está o Serviço de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (SFTO), que possui a missão de promover a habilitação e reabilitação físico-funcional dos pacientes, em nível ambulatorial e hospitalar. Atualmente, o SFTO é composto por trinta e seis fisioterapeutas contratados. Há também mais dezessete fisioterapeutas, monitorando os cursos de especialização, atuando neste serviço.
- Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (CAISM): Especializado em procedimentos de média e alta complexidade direcionados à saúde da mulher e do recém-nascido. Oferece atendimento ambulatorial e de urgência, atendendo as principais demandas de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A estrutura do Serviço de Fisioterapia se divide em duas áreas distintas: Saúde da Mulher e Saúde do Recém-Nascido. A Equipe que compõe este serviço atualmente está constituída por dezenove fisioterapeutas.

- Centro de Hematologia e Hemoterapia (HEMOCENTRO): Atua como Centro de Referência em nível terciário e quaternário para a Região de Campinas nas áreas de Hematologia e Hemoterapia. Presta assistência médico-hematológica através de atendimento ambulatorial e hospitalar. Dentro das suas áreas de apoio, conta atualmente com a colaboração de duas fisioterapeutas, sendo uma do SFTO.
- Centro de Diagnóstico de Doenças do Aparelho Digestivo (GASTROCENTRO): Presta assistência Médica em Gastroenterologia e Hepatologia, aperfeiçoando técnicas de diagnóstico das doenças do aparelho digestivo e produzindo conhecimento. O setor de Recursos Humanos deste centro informou que não havia fisioterapeutas atuando neste serviço no momento da pesquisa.
- Centro de Saúde da Comunidade (CECOM): Responsável pelo planejamento e execução de programas de saúde voltados à comunidade universitária da UNICAMP, atendendo alunos, docentes e funcionários. Dentro da área médica deste centro, existe o Serviço de Fisioterapia, atualmente com sete fisioterapeutas atendendo esta comunidade ambulatorialmente.

3.3- População e Amostra

A estruturação dos dados mostrou que atualmente 80 indivíduos constituem a população de fisioterapeutas dos serviços de Fisioterapia do complexo de saúde do campus da UNICAMP.

A amostra do estudo foi composta por 64 desses fisioterapeutas, pois três estavam afastados, uma de licença maternidade e outro cedido para a Prefeitura de Campinas. Onze fisioterapeutas não devolveram os questionários.

O estudo teve como critério de inclusão a graduação em Fisioterapia, a inscrição no CREFITO e a atuação no local da pesquisa. Foram excluídos os fisioterapeutas estagiários, alunos dos cursos de especialização e de aprimoramento.

3.4- Coleta de dados

Como estratégia para a obtenção dos dados, foram aplicados:

- Ficha de informações pessoais, elaborada pela pesquisadora, contendo informações gerais sobre os dados sociodemográficos, qualificação profissional e saúde do trabalhador (Apêndice 9.3).
- O instrumento de qualidade de vida da OMS, na sua versão abreviada: o WHOQOL-Bref (Anexo 8.2).

3.5- Análise de dados

Os dados coletados foram inicialmente transportados para uma planilha de dados do programa Excel for Windows 98 e, então, para o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 10, para as análises descritivas, com confecção de tabelas de frequência, medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio padrão).

Através da sintaxe do WHOQOL-Bref (Anexo 8.3), segundo as instruções preparadas por Alison Harper e Mick Power em nome do Grupo Whoqol (World Health Organization, 1996), foi realizada a checagem e limpeza dos dados para calcular os escores dos quatro domínios e suas facetas. Conforme essas fórmulas fornecidas, os escores podem ser transformados para uma escala de 0 -100 para facilitar o entendimento.

O Whoqol não prevê conceitualmente que se possa falar em um escore global de QV. Então é calculado o escore de cada domínio. O valor mínimo dos escores de cada domínio é quatro e o valor máximo de vinte. O escore de cada domínio é obtido numa escala positiva, isto é, quanto mais alto o escore, melhor a qualidade de vida naquele domínio.

3.6- Aspectos éticos

Atendendo ao artigo IV, parágrafo 3º da resolução 196/96 do CNS/NS, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FCM da UNICAMP (Parecer CEP nº 629/2007– ANEXO 8.1). O estudo também foi formalmente autorizado pelos diretores de cada serviço.

Antes de iniciar a coleta de dados, todos os sujeitos foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo, o modo de aplicação e o destino dos dados. Também foi informado que a participação seria voluntária, que os resultados seriam tratados com confidencialidade, tendo sido garantido o anonimato das informações, de acordo com os termos da resolução acima e com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice 9.1).

4- RESULTADOS

Todos os 80 indivíduos da população do estudo receberam os questionários e 64 os responderam e os devolveram. Logo, a taxa de resposta foi de 80% para o total da amostra.

4.1- Dados sociodemográficos

A amostra foi predominantemente feminina (81,25%), com idade entre 20 e 30 anos (45,31%).

A maioria dos entrevistados nasceu em outras cidades do estado de SP (57,81%) e mora (87,5%) em Campinas.

Quanto ao estado civil, 27(42,2%) dos entrevistados são solteiros, 30 (46,9%) são casados, 2 (3,1%) vivem como casados, 5 (7,8%) são separados ou divorciados. A maior parte não possui filhos (56,25%), 13 (20,31%) tem um filho(a), 10 (15,63%) têm dois e 5 (7,81%) têm três filhos. Ninguém na amostra possui mais do que três filhos.

4.2- Qualificação profissional

Entre os entrevistados, 25 (39,1%) possuem de um a cinco anos de formado, 10 (15,6%) entre seis e dez anos, 14 (21,9%) entre onze e vinte anos e 15 (23,4%) possuem mais de vinte anos.

Apenas 4 (6,25%) entrevistados não fizeram curso de pós-graduação e 15 (23,44%) completaram no mínimo uma especialização. Os demais 45 (70,31%) fazem ou fizeram mestrado e/ou doutorado (tabela 1). Quanto ao interesse em fazer novos cursos de pós-graduação, 29 (45,31) responderam desejar fazer algum curso futuramente e 35 (54,9%) afirmaram que não.

Tabela 1- Distribuição da amostra segundo nível educacional.

Nível educacional	Distribuição (n=64)	
	<i>n</i>	%
Graduação	4	6,25
Especialização	15	23,44
Mestrado Incompleto	23	35,94
Mestrado Completo	5	7,81
Doutorado Incompleto	11	17,19
Doutorado Completo	6	9,37

A maioria da amostra (79,69%) participou de congressos e não fez nenhum curso de atualização com mais de 80 horas (65,62%), nos últimos dois anos. Cinquenta e nove (92,18%) afirmam ler algum tipo de publicação científica no mínimo regularmente.

4.3- O exercício da profissão

Vinte e sete fisioterapeutas entrevistados (41,19%) atuam como especialistas. Trinta e três (51,56%) possuem dois empregos, 21 (32,81%) apenas um e 10 (15,63%) possuem três ou mais. Quarenta e oito pessoas (75%) vivem em residências próprias. A tabela 2 mostra a distribuição da amostra por renda aproximada, ressaltando que 3 (4,69%) pessoas não responderam a esta questão.

Tabela 2- Distribuição da amostra por renda aproximada.

Renda aproximada (em reais)	Distribuição (n=64)	
	<i>n</i>	%
Até 2.000	26	40,62
De 2.001-4.000	24	37,5
De 4.001-6.000	8	12,5
De 6.001 a 8.000	3	4,69
Não responderam	3	4,69

Quanto ao futuro da profissão, 40 entrevistados (62,5%) são otimistas, enquanto que 22 (34,38%) não o são. Duas pessoas (3,12%) não responderam a essa questão. Dentro da amostra, 41 indivíduos (64,06%) afirmam que escolheriam a profissão novamente, 21 (32,81%) dizem que não e que escolheriam uma outra diferente, e 2 (3,13%) que não sabem.

4.4- A saúde do trabalhador

Dentro da amostra, 32 pessoas (50%) da amostra trabalham entre 21 e 40 horas semanais. A Tabela 5 mostra mais detalhadamente a distribuição dentro desse aspecto.

Tabela 3- Distribuição da amostra por carga horária de trabalho semanal.

carga horária de trabalho semanal (em horas)	<i>Distribuição (n=64)</i>	
	n	%
Até 20	7	10,93
De 21- 40	32	50
De 41- 60	18	28,12
Mais de 60	4	6,25
Não responderam	3	4,69

O item que questiona se o local de trabalho respeitava a Ergonomia apresentou o maior índice de não resposta (14 pessoas/21,87%). Vinte seis (40,63%) responderam que sim e vinte e quatro (37,5%) que não. Quanto às normas de Biossegurança da instituição, 29 indivíduos (45,31%) afirmam segui-las freqüentemente, 20 (31,25%) regularmente, 5 (7,81%) raramente, 1 (1,56%) que não e 9 (14,06%) não responderam.

Quanto à prática de atividade física, 39 (60,93%) afirmam praticar alguma modalidade com certa freqüência, mas 18 (28,13%) não praticam nenhum tipo de atividade física. Esse item não foi respondido por sete pessoas (10,94%).

A maioria da amostra (60,94%) costuma tirar férias regularmente, mas 10 pessoas (15,63%) responderam que raramente tiram férias e 15 (23,44%) não responderam. Entretanto, a maior parte, 42 (65,62%), também afirmou não ter nenhum problema de saúde, enquanto que apenas 15 (23,44%) responderam ter e tratar alguma patologia. Sete pessoas não responderam este último item.

Mais da metade dos entrevistados, 39 (60,94%) ingere bebidas alcoólicas apenas socialmente 17 (26,56%) não bebem. Cinquenta e um (79,69 %) não fumam.

Quanto à condição atual de saúde, a maioria da amostra (81,25) a considerou boa ou muito boa. No entanto, somente 12 pessoas (18,75%) referiram não ter nenhum sintoma (Tabela 4).

Tabela 4- Sintomas referidos pelos entrevistados e respectivas frequências.

Sintomas Referidos	<i>Número de referências</i>
Perda da acuidade visual	11
LER/DORT	2
Varizes	9
Irritabilidade constante	10
Dores nos ombros	11
Dores de cabeça	15
Dores de coluna	22
Nenhum	12
Outros	3
Não responderam	10

Quando questionados sobre que medidas adotavam para melhorar a sua QV, apenas um entrevistado declarou que não fazia nada e nove (14%) pessoas não responderam. Devido à grande diversidade de respostas obtidas, essas medidas foram agrupadas para facilitar a compreensão. Classificamos como tratamentos alternativos todas as condutas não médicas realizadas e como valores pessoais, medidas de caráter subjetivo, que demonstram os valores dos entrevistados em relação ao que fazem para melhorar a sua QV. A distribuição das medidas adotadas está descrita na tabela 5.

Tabela 5- Medidas adotadas para melhorar a qualidade de vida e suas frequências.

Medidas adotadas	<i>Frequência de citação</i>
Atividade física	28
Alimentação saudável	10
Repouso	11
Lazer	21
Viagem	5
Tratamentos alternativos	4
Valores pessoais	19
Nenhuma	1

4.5- Qualidade de vida (WHOQOL-bref)

A maioria dos profissionais considerou sua QV como boa ou muito boa (82,21%) e estava satisfeito ou muito satisfeito com sua saúde (71,87%) (Tabela 6).

Este instrumento não objetiva apresentar e analisar os resultados individuais de cada faceta/questão que compõe os domínios. Entretanto, aqui serão apresentados, objetivando uma melhor compreensão da composição de cada domínio (Tabelas 6 a 10).

Tabela 6- Distribuição da amostra de acordo com as questões 1 e 2 do Whoqol-bref.

Auto-percepção sobre a saúde e QV	Distribuição (n=64)	
	n	%
Q1: Como você avaliaria sua qualidade de vida?		
muito ruim	0	0,00
ruim	2	3,13
nem ruim nem boa	9	14,06
boa	45	70,31
muito boa	8	12,50
Q2: Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?		
muito insatisfeito	1	1,56
insatisfeito	7	10,94
nem satisfeito nem insatisfeito	10	15,63
satisfeito	34	53,13
muito satisfeito	12	18,75

Tabela 7- Distribuição da amostra de acordo com o domínio físico e respectivas facetas.

DOMÍNIO FÍSICO Facetas	Distribuição (n=64)	
	n	%
Q3: Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?		
Nada	32	50
Muito pouco	20	32,25
Mais ou menos	11	17,19
Bastante	1	1,56
Extremamente	0	0,00
Q4: O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?		
Nada	35	54,39
Muito pouco	20	31,25
Mais ou menos	5	7,81
Bastante	3	4,69
Extremamente	1	1,56
Q10: Você tem energia suficiente para seu dia/ dia?		
Nada	0	0,00
Muito pouco	2	3,13
Médio	28	43,75
Muito	27	42,19
Completamente	7	10,94
Q 15: Quão bem você é capaz de se locomover?		
Muito ruim	0	0,00
Ruim	0	0,00
Nem ruim nem bom	3	4,69
Bom	19	29,69
Muito bom	42	65,63
Q16: Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?		
Muito insatisfeito	1	1,56
Insatisfeito	13	20,31
Nem satisfeito nem insatisfeito	20	31,25
Satisfeito	23	35,94
Muito satisfeito	7	10,94
Q17: Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?		
Muito insatisfeito	0	0,00
Insatisfeito	4	6,25
Nem satisfeito nem insatisfeito	20	31,25
Satisfeito	32	50,0
Muito satisfeito	8	12,50
Q18: Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?		
Muito insatisfeito	0	0,00
Insatisfeito	2	3,13
Nem satisfeito nem insatisfeito	15	23,44
Satisfeito	35	54,69
Muito satisfeito	12	18,75

Tabela 8- Distribuição da amostra de acordo com o domínio psicológico e respectivas facetas.

DOMÍNIO PSICOLÓGICO Facetas	<i>Distribuição (n=64)</i>	
	n	%
Q5: O quanto você aproveita a vida?		
Nada	1	1,56
Muito pouco	4	6,25
Mais ou menos	17	26,56
Bastante	37	57,81
Extremamente	5	7,81
Q6: Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?		
Nada	0	0,00
Muito pouco	0	0,00
Mais ou menos	2	3,13
Bastante	30	46,88
Extremamente	32	50,00
Q7: O quanto você consegue se concentrar?		
Nada	0	0,00
Muito pouco	0	0,00
Mais ou menos	25	39,06
Bastante	35	54,69
Extremamente	4	6,25
Q11: Você é capaz de aceitar sua aparência física?		
Nada	0	0,00
Muito pouco	3	4,69
Médio	17	26,56
Muito	29	45,31
Completamente	15	23,44
Q19: Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?		
Muito insatisfeito		
Insatisfeito	0	0,00
Nem satisfeito nem insatisfeito	2	3,13
Satisfeito	16	25,00
Muito satisfeito	35	54,69
	11	17,19
Q26: Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?		
Nunca	9	14,06
Algumas vezes	44	68,75
Freqüentemente	5	7,81
Muito freqüentemente	5	7,81
Sempre	1	1,56

Tabela 9- Distribuição da amostra de acordo com o domínio relações sociais e respectivas facetas.

DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS Facetas	Distribuição (n=64)	
	n	%
Q20: Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?		
Muito insatisfeito	1	1,56
Insatisfeito	3	4,69
Nem satisfeito nem insatisfeito	12	18,75
Satisfeito	33	51,56
Muito satisfeito	15	23,44
Q21: Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?		
Muito insatisfeito	1	1,56
Insatisfeito	5	7,81
Nem satisfeito nem insatisfeito	9	14,06
Satisfeito	34	53,13
Muito satisfeito	15	23,44
Q22: Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?		
Muito insatisfeito	1	1,56
Insatisfeito	1	1,56
Nem satisfeito nem insatisfeito	15	23,44
Satisfeito	28	43,75
Muito satisfeito	19	29,69

Tabela 10- Distribuição da amostra de acordo com o domínio meio ambiente e respectivas facetas.

DOMÍNIO MEIO AMBIENTE Facetas	<i>Distribuição (n=64)</i>	
	n	%
Q8: Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?		
Nada	0	0,00
Muito pouco	1	1,56
Mais ou menos	27	42,19
Bastante	32	50,00
Extremamente	4	6,25
Q9: Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?		
Nada	0	0,00
Muito pouco	6	9,38
Mais ou menos	39	60,94
Bastante	18	28,13
Extremamente	1	1,56
Q12: Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?		
Nada	0	0,00
Muito pouco	16	25,00
Mais ou menos	32	50,00
Bastante	15	23,44
Extremamente	1	1,56
Q13: Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?		
Nada	0	0,00
Muito pouco	5	7,81
Médio	14	21,88
Muito	31	48,44
Completamente	14	21,88
Q14: Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?		
Nada	1	1,56
Muito pouco	13	20,31
Médio	26	40,63
Muito	22	34,38
Completamente	2	3,13
Q23: Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?		
Muito insatisfeito	1	1,56
Insatisfeito	2	3,13
Nem satisfeito nem insatisfeito	9	14,06
Satisfeito	33	51,56
Muito satisfeito	19	29,69

Q24: Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

Muito insatisfeito	0	0,00
Insatisfeito	8	12,50
Nem satisfeito nem insatisfeito	10	15,63
Satisfeito	37	57,81
Muito satisfeito	9	14,06

Q25: Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

Muito insatisfeito	1	1,56
Insatisfeito	5	7,81
Nem satisfeito nem insatisfeito	7	10,94
Satisfeito	25	39,06
Muito satisfeito	26	40,63

Os escores do domínio físico do total da amostra variaram de 46,37 a 100. Esse domínio apresentou a média de escores mais alta (74,14) da amostra total, seguido pelos domínios relações sociais (73,09), psicológico (72,37) e meio ambiente (64,89). A Tabela 11 apresenta os valores dos escores de cada domínio. Neste estudo utilizou-se a escala de 0 a 100, por ser interpretada mais facilmente, dadas a associação com percentuais.

Tabela 11- Domínios de qualidade de vida do WHOQOL-Bref e respectivos escores.

<i>Domínios</i>	<i>Média</i>	Valor mínimo	Valor máximo
Físico	74,14	46,37	100
Psicológico	72,37	54,12	100
Relações Sociais	73,09	33,25	100
Meio ambiente	64,89	40,62	84,37

A QV foi considerada alta quando os valores estavam acima da média (mais próximos do valor máximo) e baixa quando os valores estavam abaixo da média (mais próximos do valor mínimo). Dessa forma, os valores dos escores de cada domínio foram categorizados em dois grupos (Tabela 12).

Tabela 12- Domínios de qualidade de vida do WHOQOL-Bref categorizados em dois grupos.

QUALIDADE DE VIDA DA AMOSTRA (n=64)	<i>DOMÍNIOS</i>			
	FÍSICO N(%)	PSICOLÓGICO N(%)	RELAÇÕES SOCIAIS N(%)	MEIO AMBIENTE N(%)
Alta (acima da média)	36(56,25)	33(51,56)	24(37,5)	33(51,56)
Baixa (abaixo da média)	28(43,75)	31(48,44)	40(62,5)	31(48,44)

No total da amostra, a maioria dos profissionais apresentou alta QV no domínio físico, psicológico e meio ambiente e baixa QV no domínio relações sociais.

5- DISCUSSÃO

O estudo realizado mostrou que a grande maioria dos fisioterapeutas desta população é do sexo feminino, o que corrobora com as pesquisas consultadas. A esse respeito, deve-se levar em consideração que a mulher tem dupla, às vezes tripla, jornada de trabalho, numa tentativa de conciliar diversos papéis sociais, tanto da vida privada, como da vida profissional. Além de trabalhar, tem outras atividades como cuidar dos filhos e ser dona de casa, apesar das transformações culturais ocorridas.

Algumas características que compõe o sexo feminino, como as formas de dedicação, o nível de cuidado, a multiplicidade de funções e afetividade, podem estar associada à presença do esgotamento emocional e influenciar no aparecimento da Síndrome de burnout (Formighieri, 2003). Conforme Freudenberg (1985), as mulheres assessoram a todos, exceto a si mesmas afirma, devido às excessivas demandas que enfrentam.

A amostra estudada pode ser considerada jovem, já que em sua maioria as idades variam entre 20 e 30 anos, o que pode justificar o fato de, também predominantemente, possuírem até cinco anos de formados. Estes dados refletem o fato de que a Fisioterapia no Brasil é uma profissão nova, reconhecida e regulamentada há 38 anos, nos quais não tem sido fácil o seu desenvolvimento e afirmação em equipes multiprofissionais, e que apresentou expansão no número de profissionais nos últimos anos, com crescimento da oferta de cursos nesse período. A fase da vida laboral em que se encontram esses profissionais pesquisados, traduz um momento de menor maturidade e estabilidade profissional, com pouca experiência na tomada de decisão e desempenho das tarefas e expectativas ilusórias entre a realidade e a essência da profissão de fisioterapeuta. Zimmermann (1999) afirma que, quanto maior o tempo de profissão, maior a segurança no trabalho e menor o desgaste físico-emocional em relação à tensão.

Metade da amostra vive com companheiro, embora 56,25% não tenha filhos. Para Benevides Pereira (2002), os profissionais sem filhos tendem a usar o trabalho como fonte de vida social.

Correlacionando o predomínio dos sujeitos sem filhos, com a predominância do sexo feminino e faixa etária entre 21 e 35 anos pode-se concluir que os fisioterapeutas encontram-se em um período da vida no qual as exigências provenientes das questões de trabalho são grandes, podendo também ser considerados agentes estressores que acabam por desenvolver mecanismos de enfrentamento, e que se não forem adequados podem favorecer o surgimento da Síndrome de burnout (Formighieri,2003).

Quanto à formação profissional, podemos considerar esses profissionais como sendo de alto nível, já que apenas 6,25% do total não possuem curso de pós-graduação e 70,31% concluiu ou é aluno de mestrado ou doutorado. A maior parte da amostra também lê publicações científicas regularmente, participou de congressos nos últimos dois anos e tem interesse em realizar outros cursos de pós-graduação futuramente.

Entre os entrevistados, 40 (62,5%) são otimistas quanto ao futuro da profissão, mas 22 (34,38%) não o são. Quarenta e um (64,06%) escolheriam ser fisioterapeutas novamente, mas 23 (35,94%) não. Esses dados mostram que uma grande porcentagem dessas pessoas está insatisfeitas com a profissão. Convém ressaltar que a insatisfação profissional pode afetar diretamente o nível de QV das pessoas.

Lino (2004) investigou a QV e a satisfação profissional de enfermeiras de UTIs e examinou as relações entre essas duas variáveis. Foi utilizado um questionário auto-aplicável para coletar os dados sociodemográficos, ocupacionais, de saúde, percepções e estados em relação à vida e ao trabalho. A versão genérica do Índice de Qualidade de Vida (IQV) foi utilizada para medir tanto a satisfação quanto a importância de quatro domínios da vida: saúde e funcionamento, psicológico e espiritual, social e econômico, e família. O nível de satisfação profissional em relação a seis componentes do trabalho (autonomia, status profissional, remuneração, interação, requisitos do trabalho e normas organizacionais) foi medido através do Índice de Satisfação Profissional (ISP). Os resultados mostraram que as enfermeiras obtiveram escores mais elevados nos

domínios família, psicológico e espiritual, social e econômico, saúde e funcionamento. Foram encontradas associações significativas entre os domínios da qualidade de vida e os componentes da satisfação profissional. Segundo a autora, achados confirmaram as relações entre os domínios da vida no trabalho e da vida fora do trabalho das enfermeiras.

Apenas 32,81% dos entrevistados possuem apenas um emprego, o restante varia de dois a cinco. A maior parte da amostra trabalha até quarenta horas semanalmente, mas 34,38% variam de quarenta e uma a setenta horas semanais. A alta frequência de profissionais que atuam em dois ou mais locais confirma o estudo de Messias (1999), que identificou um resultado inferior a 10% de profissionais que atuam em um único local. Esse fator, associado à jornada extensa, reflete a alta carga de trabalho a qual os fisioterapeutas estão expostos e o conseqüente risco para a saúde.

Para efeito comparativo, Bork et al. (1996) e Holder et al. (1999) apresentam a média de 28,5 e 30,5 horas semanais trabalhadas por fisioterapeutas americanos, respectivamente, e, em nossa pesquisa, encontramos uma média de 39,32 horas, o que está quase 30% acima do previsto pela legislação brasileira. É possível inferir que profissionais jovens e com menos tempo de profissão estejam mais dispostos a submeter-se a jornadas longas ou a trabalhar em vários locais uma vez que ainda estão em fase de inserção no mercado profissional.

Além disso, observou-se que 42,19% dos fisioterapeutas entrevistados também segue a carreira de docente. Em seu estudo com docentes de um curso de Fisioterapia, Mendes (2002) conclui que professores com formação universitária apresentam maior grau de estresse devido a maior responsabilidade a ele atribuída. Vários estudos relativos ao grau universitário apontam deficiências das instituições de ensino superior na capacitação dos profissionais quanto a questões práticas do relacionamento professor/aluno, desenvolvimento de recursos para lidar com os sentimentos e cognições advindas do exercício profissional e

reconhecimento da sua importância. O despreparo dos profissionais pode funcionar como agente facilitador do desenvolvimento de doenças ocupacionais.

Desse modo, verifica-se a densificação do trabalho referenciada por Wisner (1994). Observa-se que os fisioterapeutas têm uma carga de trabalho exacerbada tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo devido à natureza do trabalho executado. Várias pesquisas demonstram que, através do avanço tecnológico, o ser humano está trabalhando demais. O profissional de saúde especificamente necessita atualizar e empregar tais tecnologias necessitando empregar tempo e dedicação. Os fisioterapeutas não dispõem de auxiliar de Fisioterapia tal como os médicos dispõem da enfermeira. Assim não pode delegar tarefas, acarretando mais trabalho a ele.

Romani (2001) defende que a prática da Fisioterapia tem experimentado uma mudança quanto aos vínculos empregatícios, caracterizados pela substituição de empregos com remuneração fixa por produtividade. Se num primeiro momento essa relação sugere maior autonomia profissional, acaba por submeter os profissionais a cargas de trabalho superiores aos seus limites fisiológicos e pessoais. Essa tendência é agravada pelo grande número de clínicas especializadas que pagam baixos salários exigindo alta produtividade.

Metade da amostra possui renda aproximada de onze salários mínimos, mas encontramos variações de dois a vinte e um salários. A maioria vive em residência própria. Salienta-se que a renda mensal referida aqui é devido a todas as atividades exercidas e não a um só vínculo empregatício de 20 horas por semana.

Grande parte da amostra (76,56%) afirmou seguir as normas de Biossegurança da instituição e 37,5% diz que o local onde trabalham não respeita a Ergonomia. Essas questões obtiveram maiores índices de não-resposta talvez por desconhecerem os fatores ergonômicos e as normas de Biossegurança, ou mesmo, por receio que os dados fossem levados à chefia.

Apesar da Fisioterapia ser uma profissão cujo objetivo maior é promover a saúde do indivíduo, na grande maioria dos ambientes de trabalho as condições ergonômicas são precárias, o que proporciona a execução de tarefas de trabalho que induzem danos à sua própria condição física no atendimento a seus pacientes (Peres, 2002).

Quanto à prática de atividades físicas, 60,93% são adeptos dessas. Estas atividades foram referidas por 43,75% dos entrevistados como medida para melhorar a QV.

Atividade física representa qualquer movimento corporal que é produzido pela contração da musculatura esquelética e que aumenta substancialmente o gasto energético (US Department Of Health And Human Services, 1996). Incluindo atividades da vida diária (banhar-se, vestir-se), atividades realizadas no trabalho (andar, levantar, carregar objetos) e atividades de lazer (exercitar-se, praticar esportes, dançar). Obviamente, a prática de atividade física não garante um bom nível de QV e saúde. A atividade física é um dos fatores que associados à dieta adequada, organização somática, favorecem a adoção de outros comportamentos e atitudes favoráveis à QV e saúde (Barros e Santos, 2007).

Vale ressaltar que 39,07% não são adeptos à atividade física . Este se torna um aspecto importante a ser observado, pois estes dados parecem indicar uma categoria profissional ligada à atividade física pouco conscientizada quanto à necessidade de atenção à sua própria preparação física, ficando predisposta ao desenvolvimento de sintomas de estresse e tensão que acabam por prejudicar sua saúde no trabalho. O alto nível de profissionais sedentários também foi identificado por Romani (2001), que relatou que ainda há ocorrência de DME nestes profissionais, especialmente, o uso de técnicas manuais e o esforço com os membros superiores agravados pelo uso do computador, verificado também pelos sujeitos desta pesquisa.

Os participantes do estudo em sua maioria afirmaram que adotam medidas para melhorar a sua QV, bem como tiram férias regularmente. Parte significativa da amostra não fuma e ingere bebidas alcoólicas socialmente.

Quando questionados sobre seu estado de saúde, 81,25% dos fisioterapeutas avaliaram como boa ou muito boa. Entre os entrevistados, 23,44% afirmaram ter e tratar algum problema de saúde. Entretanto, 65,63% referiram de um a dezessete sintomas relacionados na ficha, incluindo insônia, perda momentânea de memória e fadiga. Muitas dessas alterações psicológicas experimentadas estão associadas à manifestação dos sintomas da síndrome de burnout. Somente 12 pessoas (18,75%) referiram não ter nenhum sintoma (Tabela 4).

Num estudo epidemiológico realizado através de um questionário entre 926 fisioterapeutas graduados pela University of Iowa Physical Therapy Program, entre 1943 e 1993, relatado por Bork (1996), foi demonstrado alta prevalência de desordens músculo-esqueléticas na região lombar (45%), na região dorsal (28,7%) e na região cervical (24,7%). Num estudo de 243 fisioterapeutas na Grã Bretanha, Scholey e Hair (1984), encontraram uma prevalência de dores nas costas de 38%. Estas pesquisas determinaram também que o episódio inicial de dor nas costas mais freqüentemente ocorreu em fisioterapeutas entre 21 e 30 anos de idade.

Romani (2001) realizou um estudo com o objetivo de verificar a incidência de DMEs em fisioterapeutas, relacionando-os com a sua prática profissional, aos movimentos e posturas e às alterações na sua rotina. A incidência detectada desses distúrbios entre fisioterapeutas foi de 62,5%, e os distúrbios mais comuns entre estes profissionais foram os espasmos musculares dolorosos e as tendinites. As regiões anatômicas passíveis de maior acometimento por DMEs em fisioterapeutas foram: a coluna lombar, coluna cervical, ombro, punho, mãos e coluna torácica. Os DMEs relatados neste estudo apresentam forte indício de relação com a atividade dos profissionais, caracterizando-se pelos movimentos e posturas que constituem risco para os fisioterapeutas. Especialmente, o uso de técnicas manuais é relacionado com as

distensões e estiramentos musculares e o esforço com membros superiores é relacionado com tendinites e espasmo muscular doloroso. Como conclusão o autor cita que a exigência física da atividade possa estar se sobrepondo aos fatores individuais antropométricos e de condicionamento muscular.

Embora não seja objetivo do Whoqol-bref apresentar e analisar os resultados individualmente, pensamos que, avaliando os dados coletados dessa forma, poderíamos obter uma melhor compreensão da composição de cada domínio. Observados separadamente os dados coletados também podem apontar possibilidades para melhor investigação futura.

Como era de se esperar, a grande maioria da amostra avaliou a sua QV como boa ou muito boa e se disseram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua saúde. Podemos verificar um contraste entre essa auto-avaliação do estado de saúde e os relatos de presença de doenças e sintomas, o que é um aspecto interessante que necessita ser aprofundado. Resultados semelhantes foram encontrados pelo estudo nacional do - Instituto Brasileiro de Pesquisa de Opinião Pública (INBRAPE) (2003) e goianense de Cavalhais et al. (2003).

Amendola et.al. (2003) realizaram uma pesquisa com cuidadores de pacientes inseridos e em atendimento no Programa de Assistência Domiciliária do Hospital Universitário da USP (HU-USP) procurou avaliar a percepção subjetiva dos cuidadores acerca de sua QV utilizando o Whoqol-bref. O estudo revelou altos escores em cada domínio e na QV geral. Este mesmo estudo revelou claramente a diferença entre uma abordagem subjetiva e objetiva de QV. Por exemplo, 81,6% das cuidadoras referiram alguma morbidade, porém se disseram satisfeitas com a própria saúde. Ou seja, a despeito da morbidade referida, as cuidadoras não se consideram insatisfeitas com a saúde.

Para Somnerhalder (2001), diferenças individuais, em variáveis atitudinais e em habilidades de enfrentamento, ajudam a explicar porque uma pessoa pode avaliar a situação como onerosa e como fonte de desprazer, e outra como fonte de gratificação e reconhecimento.

Pode ser também que os problemas de saúde não estejam impedindo a maioria desses profissionais de exercer suas atividades diárias, pois mais da metade afirmou que suas dores não impedem nada em suas atividades e que em nada precisam de algum tratamento médico para levar a sua vida diária.

O Whoqol-bref possui apenas uma questão direta sobre trabalho, referente à satisfação com a capacidade para o trabalho. Neste estudo, 73,44% da amostra respondeu estar satisfeito ou muito satisfeito com esse aspecto. A maioria desses trabalhadores também afirmou conseguir se concentrar bastante e estar satisfeito ou muito satisfeito com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia.

Martins (2002), avaliou a QV e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos. A população de estudo foi os funcionários da enfermagem de um hospital da rede pública estadual do Paraná. Utilizou o Whoqol-Bref para avaliar a QV e o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) para avaliar a capacidade para o trabalho. Os participantes do estudo tinham idade média de 33,7 anos, na maioria do sexo feminino (92,86%), distribuídos em 39,88% no turno da manhã, 26,19% no turno da tarde e 33,93% no turno da noite. Os resultados relativos à QV foram: no turno da manhã apresentaram o escore médio de 66,41; no turno da tarde o escore foi 66,46; no turno da noite o escore foi 67,91. Os resultados indicaram também uma relação entre QV e capacidade para o trabalho, pois quanto mais altos os escores do ICT, mais altos foram os escores da QV.

No total da amostra, um pouco mais da metade dos profissionais apresentaram alta QV nos domínios físico, psicológico e meio ambiente. Apenas no domínio relações sociais essa diferença foi um pouco mais significativa, já que 62,5% apresentaram baixa QV. Estes dados sugerem que ações urgentes precisam ser pensadas para se elevar o nível de QV dos mesmos, principalmente no que se refere ao domínio relações sociais.

O presente estudo apresenta algumas limitações, pois os resultados obtidos referem-se somente aos profissionais entrevistados. A perda de respostas não deve ser desconsiderada, já que os não respondentes podem possuir características comuns entre si, apresentando resultados diferentes.

O fato de a pesquisa ser de característica transversal impossibilita uma análise mais aprofundada acerca da frequência de algumas ocorrências. Vale também lembrarmos o caráter de multabilidade da QV.

A escassez de dados sobre o perfil sociodemográfico e a QV dos fisioterapeutas em nosso país constituiu um fator limitante pela dificuldade de comparação de resultados com nossa pesquisa, o que nos impele a realizar comparações literais com algumas pesquisas realizadas em outros profissionais.

6- CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que a maioria da amostra pesquisada é do sexo feminino, jovem, possui pouco tempo de formação, mas alto nível de especialização profissional, sendo também otimista quanto ao futuro da profissão e afirma que a escolheria novamente. Metade vive com companheiro, mas a maior parte não possui filhos.

Os resultados encontrados neste estudo mostram que estes fisioterapeutas convivem com o multi-emprego, divididos nos setores público, privado e consultório. Muitos conciliam de duas a até cinco atividades, a maior parte da amostra trabalha até quarenta horas semanalmente, mas 34,38% variam de quarenta e uma a setenta horas semanais, desdobrando-se nos vários empregos para conseguir sobreviver ou para manter um estilo de vida dentro dos padrões aspirados. Isto resulta em acúmulo de atividades e, conseqüentemente, em uma jornada de trabalho extensa, refletindo-se como sobrecarga física e expondo o profissional a riscos de sua saúde. Vale ressaltar que, com raras exceções, a jornada de trabalho é extensa e muito intensa e é, portanto, bastante extenuante e desgastante.

A maior parte da amostra está satisfeita com o seu estado de saúde e avalia sua QV como boa. Entretanto, verificamos um contraste entre essa auto-avaliação do estado de saúde e os relatos de presença de doenças e sintomas, o que é um aspecto interessante que necessita ser aprofundado.

Em geral, os participantes do estudo apresentaram alta QV nos domínios físico, psicológico e meio ambiente e baixa QV no domínio relações sociais. Mas o que estaria levando esses profissionais a apresentarem dificuldades nas suas relações sociais? Talvez a sobrecarga de trabalho, levando-os a dispor de pouco tempo livre para outras atividades, incluindo o convívio social, ou mesmo, o grande número de profissionais, para reduzido número de empregos, ocasionando uma grande concorrência e um clima de competição entre os colegas. Fica o questionamento acerca deste achado e até mesmo do conhecimento por parte da amostra da existência deste problema, já que neste estudo não avaliamos os discursos desses profissionais.

Outro aspecto importante é a pequena diferença entre esses escores, dos grupos categorizados como de alta ou de baixa QV (apenas no domínio relações sociais essa diferença foi um pouco mais significativa), pois se considerarmos as características consensuais da QV, lembraremos que esses valores podem facilmente se alterar, levando esses indivíduos a apresentarem baixa QV até mesmo em todos os domínios. Portanto, estes dados sugerem que ações urgentes precisam ser pensadas para se elevar o nível de qualidade de vida desses profissionais.

Parte dos fisioterapeutas entrevistados obtiveram pontuações baixas em algumas respostas do Whoqol-bref. Esse dado chamou a atenção. Contudo a impossibilidade do mesmo ser explorado, no presente estudo, remete a futuras investigações. Outros participantes da pesquisa exibiram pontuação máxima em alguns domínios, o que sugere a presença de grande variabilidade dos escores obtidos pelos sujeitos. Esses achados sinalizam a necessidade de futuros estudos que utilizem análise estatística que possibilite conclusões ou inferências mais acuradas sobre o significado dos mesmos, bem como permita interpretações acerca da QV desses fisioterapeutas.

Convém salientar que o fato da amostra estudada ser, predominantemente, jovem e possuir pouco tempo de formação, pode levar a um desvio nos resultados, pois ainda não sofreram o desgaste da idade nem as conseqüências de seus hábitos prejudiciais à sua saúde.

Apesar de não ter sido objetivo deste estudo, não podemos negligenciar alguns achados que revelam esta amostra como de risco aumentado para a Síndrome de burnout, pois muitos dos fisioterapeutas entrevistados relataram sintomas físicos e experimentam algumas alterações psicológicas que estão associados à manifestação de seus sintomas. Além disso, as características sociodemográficas, profissionais e a sobrecarga de trabalho encontrada são fatores que contribuem para caracterizar a prática desta amostra como de risco aumentado para a incidência desta síndrome. Logo, alertamos para a necessidade urgente de estudos que aprofundem este aspecto.

A Saúde do Trabalhador surge como grande possibilidade de discutir todas essas questões relativas ao processo de trabalho. É necessário pesquisar mais profundamente a realidade desses trabalhadores e implantar programas de promoção de saúde no ambiente de trabalho.

Como o WHOQOL-Bref privilegia a subjetividade da QV, faz-se necessária a combinação deste com outro instrumento para mensurar outros componentes objetivos e subjetivos, como levantamento de aspectos sociodemográficos, hábitos pessoais, problemas de saúde, entre outros. Este instrumento possui apenas uma questão sobre o trabalho, sendo insuficiente para analisar e compreender características relacionadas às condições de trabalho e saúde do trabalhador.

Neste estudo levantamos algumas questões que permeiam a vida e o trabalho dos fisioterapeutas, apontando a necessidade de se elaborar um método de investigação que permita melhor apreender a relação entre o trabalho e suas conseqüências na QV destes profissionais e trabalhadores de saúde (as condições e o processo de trabalho, os fatores de risco inerentes à profissão, o processo de desgaste profissional e suas repercussões, dentre outros). Também existe a necessidade de elaborar um método de intervenção no mundo do trabalho, que possibilite a ação transformadora por parte dos trabalhadores de saúde e que recoloca o trabalho em seu devido lugar: dentro da vida, não a vida dentro do trabalho. É necessário pensar em instrumentos baseados em considerações teórico-metodológicas gerais, que contenham técnicas de investigação qualitativas e quantitativas, em consonância com a natureza do problema aqui apresentado (Laurell, 1991). Este método deve visar uma ação transformadora, onde o trabalho seja assimilado, não como fonte de desgaste, de insatisfação, de sofrimento, de doenças e de mortes, mas como fonte de prazer, de realização, de saúde e de vida.

A escassez de pesquisas nesta área revela a necessidade de aprofundamento do tema. Várias inquietações que motivaram esta pesquisa inicialmente ainda persistem e outras surgiram durante o decorrer deste trabalho.

A categoria precisa ser amplamente investigada, devido à importância destas questões levantadas e expostas neste estudo.

Futuros estudos devem estender sua capacidade de coleta de dados junto a um universo populacional de maior monta, idealmente com todos os profissionais inscritos no COFFITO, o que nos permitiria, seguindo os critérios do método científico, ampliar o nosso grau de certeza e de inferência sobre a epidemiologia dos diferentes distúrbios físicos e psíquicos, determinando inclusive os níveis de incidência, de prevalência e da qualidade de vida dos fisioterapeutas. Também apontamos para a necessidade de estudos que realizem análise de possíveis correlações entre os fatores sociodemográficos, de condições de trabalho e de aspectos da saúde do trabalhador e a QV desses profissionais. A comparação dessas variáveis entre os fisioterapeutas de serviços públicos e privados também é importante.

Interessa-nos, a princípio, caracterizar este profissional visando conhecer e compreender os vários aspectos da sua QV. O diagnóstico aqui apresentado não teve a pretensão de ser conclusivo, mas de alertar para a importância e necessidade de reflexão sobre os aspectos expostos e de novas pesquisas que investiguem o estado de saúde e doença desta categoria, relacionando-a com o mundo do trabalho.

A realização desta pesquisa entre os fisioterapeutas evidenciou que há grande interesse por parte desta amostra na elucidação referente às questões relacionadas à sua QV e à sua atividade de trabalho. Entretanto, a não responsividade de parte desta população, apesar da insistência da pesquisadora, pode estar refletindo uma falta de comprometimento desses profissionais com a produção científica, com o desenvolvimento da própria profissão e até descaso com a própria QV. Estudos realizados por Mendes (2002) e Freitas (2001) consideram que há aspectos que dificultam a obtenção de respostas ao questionário relacionando as atitudes defensivas dos profissionais com as dificuldades em expor suas avaliações sobre o contexto de trabalho. Todavia, ainda há muito a caminhar nesses estudos e a participação dos sujeitos

envolvidos, no caso os fisioterapeutas, neste processo de investigação, trazendo consigo sua vivência ou subjetividade, é importante e até mesmo essencial.

Recomendamos a esses profissionais a adoção de medidas preventivas, considerando a inclusão de atividades de desenvolvimento profissional no trabalho, com o intuito de aumentar a realização pessoal e minimizar os fatores de risco inerentes a sua atividade profissional. Estratégias para administrar efetivamente esses fatores requerem estudo adicional.

Também se destaca a importância que, na formação acadêmica dos estudantes de Fisioterapia, estes futuros profissionais sejam conscientizados, como medida preventiva, das possíveis alterações físicas e psíquicas, promovidas pelas inadequações ao longo da sua futura vida profissional, através da estimulação da adoção de medidas para manutenção e desenvolvimento da QV, orientação e desenvolvimento de senso crítico quanto às condições de trabalho e fatores de risco inerentes à profissão.

Um novo olhar e uma nova maneira de agir em saúde também devem ser buscados pelos gestores de saúde, quando da elaboração de políticas de saúde, bem como pelos planejadores e gerenciadores de instituições de saúde públicas e/ou privadas, pois estas questões se refletem no sistema de saúde de uma maneira geral, bem como no estado de saúde de todos os envolvidos nesta relação.

Avaliar a QV não é uma tarefa fácil e não se esgota na aplicação de um instrumento de medida. Partindo dessa premissa, buscamos conhecer os aspectos sociodemográficos, os relativos ao mundo do trabalho e à QV, não apenas como um retrato dos fisioterapeutas mas, principalmente, com o intuito de alertar para a necessidade de formulação de novas políticas públicas sociais e de saúde, que proponham novos rumos para o planejamento de serviços, por meio de ações que considerem os potenciais de fortalecimento e desgaste dessa população, utilizando-se de um método que tome como categoria central o processo de produção com suas múltiplas determinações (dentro da estrutura

econômica, política e social), mas que também não subestime a importância dos aspectos psicológicos e emocionais (como a consciência, a subjetividade e a ação humana). Este método deve encarar o processo de trabalho como determinante na totalidade da QV humana, e considere esta se expressando no trabalho.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar RG de. Conhecimentos e atitudes sobre atuação profissional do fisioterapeuta entre os profissionais da Equipe mínima de Saúde da Família em Ribeirão Preto [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2005.

Albornoz S. O que é Trabalho. 6ª Ed. São Paulo: Ed. Brasiliense; 1998. 103p. Coleção Primeiros Passos, nº171.

Albuquerque SMLA. Qualidade de vida: diferentes concepções. In: Albuquerque, SMLA. Qualidade de vida do idoso. São Paulo: Ed. Casa do psicólogo; 2003.

Alves R. A qualidade de vida no trabalho – um modelo para diagnóstico, avaliação e planejamento de melhorias, baseado no desdobramento da função qualidade [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

Amendola F. Qualidade de vida de cuidadores familiares de pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.

Anselmi ML, Angerami ES, Gomes ER. Rotatividade e condições de trabalho em enfermagem nos hospitais municipais do município de Ribeirão Preto. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional 1991; 23(85/86): 31-41.

Arouca ASS. O Dilema Preventivista – contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1975.

Aubert NA. A neurose profissional. In: Chanlat, J.F. (org). O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo: Ed. Atlas; 1996.

Augustine E. Papel interdisciplinar do fisioterapeuta. In: O’Nouny et. al. Segredos em medicina física e de reabilitação. Porto Alegre: Artmed; 2000.

Bahia PH do N. O estresse como indicador de qualidade de vida em professores do curso de fisioterapia [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

Barros FBM. A formação do fisioterapeuta na UFRJ e a profissionalização da fisioterapia [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Estadual Do Rio de Janeiro; 2002a.

Barros FMB (Organizador): O Fisioterapeuta na Saúde da População: Atuação Transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, p.185-192, 2002b.

Barros RCM. Variação da qualidade de vida após a internação na unidade de terapia intensiva: instrumento de medida world health quality of life [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2002.

Barros MV, Santos SG. A atividade física como fator de qualidade de vida e saúde do trabalhador. [Acesso em 05 de março 2007]. Disponível em: URL: <http://www.fisionet.com.br/artigos/index.asp?npg=5&ididio=1>

Beck CLC, Budó MLD, Gonzales RMBG. A qualidade de vida na concepção de um grupo de professoras de enfermagem: elementos para reflexão. Rev esc enf USP 1999; 33(4): 348-54.

Benevides Pereira AMT. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

Berlim MT, Fleck MPA. Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry. Rev bras psiquiatr 2003; 25(4):249-52.

Berlim MT, Mattevi BS, Pavanello DP, Caldieraro MA, Fleck MPA, Wingate LR, et al. Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in brazil. Suicide life threat behav 2003; 33(3):242-8.

Boery EM. Qualidade de vida de pacientes adultos com câncer de pulmão, submetidos a quimioterapia ambulatorial [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2003.

Bonicatto SC, Dew MA, Zaratiegui R, Lorenzo L, Pecina P. Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in argentina. Soc sci med 2001; 52(6):911-19.

Bork BE, Cook TM, Rosecrance JC, Engelhardt KA, Thomason MJ, Wauford IJ et al. Work-related musculoskeletal disorders among physical therapists. *Physical therapy* 1996; 8(76): 827-835, ago/1996.

Bouchard C, Shephard RS, Stephens T, Sutton JR, Mc Pherson BM(Eds). *Exercise, fitness and health: A consensus of current knowledge*. Champaign, IL: Human Kinetics; 1990.

Brasil. Decreto-Lei n.938, de 13 de outubro de 1969. *Diário Oficial da União*, out.1969.

Brasil. I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores – 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: *Boletim Informativo*. Brasília; 1986.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado SA. IMESP; 1993. Promulgada em 5 de outubro de 1988. 48p.

Brasil. Ministério de Educação e do Desporto/ Ministério da Saúde. *Doenças crônico degenerativas no Brasil. Atividade física e saúde*. Brasília; 1995.

Brasil. Resolução CNS n.º 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 201, p. 21 082, 16 out. 1996. Seção 1.

Brasil. Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). *Norma técnica de avaliação de incapacidade para fins previdenciários*. Divisão de Atividades Previdenciárias. Ministério da Previdência Social, São Paulo; 1997.

Brasil. *Consolidação das leis do trabalho*. São Paulo: Ed. Saraiva; 2000. Série legislação brasileira.

Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. *Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*; organizado por Elizabeth Costa Dias e cols. Ministério da Saúde do Brasil, Brasília; 2001.

Brasil. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília; 2002.

Bridi VL. Organização do Trabalho e Psicopatologia: um estudo de caso envolvendo trabalho em telefonia [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1997.

Bullinger M, Anderson R, Cella D. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. Qual life res 1993; 2:451-9.

Caldas MAJ. O processo de profissionalização do fisioterapeuta: o olhar em Juiz de Fora [Tese - Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

Campos GWS. Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy, EE. E Onocko, R. (orgs.). Agir em Saúde. São Paulo: Ed. Hucitec; 1997. p. 229-266.

Carvalho MMB. O professor – um profissional, sua saúde e a educação em saúde na escola [Tese – Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1995.

Cavalcães AG, Oliveira GJ, Brito Jr, Soares KM, Nascimento NE, Oliveira SI, et al. Saúde do trabalhador: absenteísmo por atestados médicos de saúde entre os servidores lotados nos distritos sanitários e unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia em 2003 [monografia de especialização]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás; 2003.

Chandra PS, Deepthivarma S, Jairam KR, Thomas T. Relationship of psychological morbidity and quality of life to illness-related disclosure among hiv-infected persons. J psychosom res 2003; 54(3):199-203.

Chan GW, Ungvari GS, Shek DT, Leung dagger JJ. Hospital and community-based care for patients with chronic schizophrenia in hong kong- quality of life and its correlates. Soc psychiatr epidemiol 2003; 38(4):196-203.

Chiesa AM. A promoção da saúde como eixo estruturante do programa de saúde da família. In: Chiesa, AM. I Seminário Estadual: o enfermeiro no PSF. São Paulo, 2000.

Cimete G, Gencalp NS, Keskin G. Quality of life and job satisfaction of nurses. J Nurs Care Qual 2003;18(2):151-8.

Comissão Independente População e Qualidade de Vida (CIPQV). Cuidar do futuro: um programa radical para viver melhor. Lisboa: Trinova, 1999.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Leis e Atos normativos das profissões do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional. Brasília; 2001.

Correa RA. A qualidade de vida, qualidade do trabalho, qualidade do atendimento público e competitividade. Revista de administração pública 1993; 27 (1): 113-123.

Coutinho MC, Daniellou F. L'ergonomie en quatre de ses principes. Débats Épistomologiques. Tolouse: Octarrés; 1996.

Couto HA. Como gerenciar a questão das L.E.R./D.O.R.T. Belo Horizonte: Ed. Ergo; 1998.

Cromie JE, Robertson VJ, Best MO. Work-related musculoskeletal disorders in physical therapists: prevalence, severity, risks and responses. Physical therapy 2000; 4(80): 336-35.

Cruz RM. Psicodiagnóstico de síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho [Tese – Doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

Dalmasco ASW, Nemes A. Promoção à saúde. Disponível em: <<http://www.idside.uol.com.br/medicina>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2004.

Dejours C. Por um novo conceito de saúde. Revista de Saúde Ocupacional 1986; 14(54): 7-11.

Deliberato PCP. Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações. 1ºed. São Paulo: Manole, 2002.

Delisa JA. Tratado de medicina de reabilitação: princípios e prática. 3º ed. São Paulo. Manole, 2002. Vol.1.

Dul J, Weerdmeester, B. Ergonomia prática. Ed. Blüchern LTDA; 1991.

Evans P. Carreira, sucesso e qualidade de vida. Revista de administração de empresas 1996; 36 (3): 14-22.

Ferenhof IA, Ferenhof EA. Burnout em Professores. Revista Científica 2002; 4(1): 131-151.

Ferreira ABH. Dicionário da Língua Portuguesa. 3ª Ed. São Paulo: Ed. Nova Fronteira; 1993. 11ª impressão: 541p.

Fialho F, Cruz R. O objetivo da psicopatologia do trabalho. Apostilas 2 (disciplina ergonomia e psicologia do trabalho – programa de pós-graduação em engenharia de produção e sistemas). 1999.17 p.

Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care: applications and issues in assessment. BMJ 1992; 305: 1074-7.

Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr 1999a; 21(1):19-28.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento e aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (whoqol-100). Revista HCPA 1999b; 19(1) :9-30.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “whoqol- bref”. Revista de saúde pública 2000; 34(2): 178-83.

Formighieri VJ. Burnout em fisioterapeutas: influência sobre a atividade de trabalho e bem-estar físico e psicológico [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

Fox-rushby J, Parker M. Culture and the measurement of health-related quality of life. *Eur rev appl psychol* 1995; 45:257-63.

Freitas F. O esgotamento (burnout) nos professores [on-line]. 2001 [acesso em 05 abril 2007]. Disponível em: http://www.ipv.pt/millennium/15_spec1.htm.

Freudenberg HJ. Staff burn-out. *Journal of Social Issues* 1974. 30(1): 159-165.

Freudenger HJ, North G. Women's burnout. New York: Doubleday Company; 1985.

Garcia JC. La categoria trabajo en la medicina. Cuadernos Médico Sociales Centro de estudos sanitários y sociales. Ass. Médica de Rosario/Argentina; 1983. n°23: 5-17.

Gorter RC, Albrecht G, Hoogstraten J, Eijkman MAJ. Professional burnout among Dutch dentists. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1999; 27: 109-116.

Gramsci A. Americanismo e Fordismo. In: Maquiavel, a Política e o Estado Moderno. Civilização Brasileira 1984; p. 375-413.

Grandjean E. Manual de ergonomia: adaptando o trabalho ao ser humano. Tradução de João Pedro Stein. Porto Alegre: Ed. Bookman, 1998.

Guyatt GH, Feeny D, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann intern med* 1993;118: 622-29.

Haddad MCL. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. *Rev espaço para a saúde* 2000;1(2):75-88.

História da Fisioterapia. 2007; [acesso em 12 de fevereiro de 2007]; Disponível em: URL: <http://www.identidadeprofissional.com/profissoes/cienciasdasaude/fisioterapia/historia>.

Histórico da Fisioterapia no Brasil. 2007; [acesso em: 12 de fevereiro de 2007]; Disponível em:URL:http://www.fisioterepia.unaerp.br/graduacao_sobre.

Holcomb H, Parker JC, Leony GB. Outcomes of Inpatients Treated on a VA Psychiatric Unit and A Substance Abuse Treatment Unit. *Psychiatric Services* 1997; 18(5): 699-04.

Holder NL, Clark HA, Diblasio JM, Hughes CL, Scherpf JW, Harding L, et al. Cause, prevalence and response to occupational musculoskeletal injuries by physical therapists and physical therapists assistants. *Physical therapy* 1999; 79(7): 642-652.

INBRAP. Perfil do cirurgião-dentista no Brasil. CFO 2003. [Acesso em 05 de março de 2007]. Disponível em:URL: http://www.cfo.org.br/download/perfil_cd.pdf.

INEP. Censo da educação superior [on-line]. [acesso em 21 de maio de 2007] Disponível em: http://www.educaosuperior.gov.br/funcional/lista_cursos.asp.

Jacob Filho W editorial. Envelhecimento e qualidade de vida. *Revista brasileira de nutrição clínica* 2003;18(1): iii.

Jornal do DIESAT. Órgão informativo do departamento intersindical de estudos e pesquisas de saúde e dos ambientes de trabalho. *Trabalho & saúde* 1985a; ano v (6): 2.

Jornal do DIESAT. Órgão informativo do departamento intersindical de estudos e pesquisas de saúde e dos ambientes de trabalho. *Trabalho & saúde* 1985b; ano v (8): 3-4.

Jornal do DIESAT. Órgão informativo do departamento intersindical de estudos e pesquisas de saúde e dos ambientes de trabalho. *Trabalho & saúde* 1987; ano vii (17): 2-4.

Jornal do DIESAT. Órgão informativo do departamento intersindical de estudos e pesquisas de saúde e dos ambientes de trabalho. *Trabalho & saúde* 1988; ano vii (20): 12.

Kluthcovsky ACGC. "Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná"[Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2005.

Kupstas M. Saúde em debate. 2º ed. São Paulo: Moderna, 1997.

Kurtner NG. Assessing end-stage renal disease patients functioning and well-being: measurement approaches and implications for clinical practice. American journal kidney disease 1994. 24: 321-33.

Laurell AC. Processo de Trabalho e Saúde. Revista Saúde em Debate; 1981; 11: 8-22.

Laurell AC. Trabajo y Salud: estado del conocimiento. In: Franco, S; Nunes, ED; Breilh, J & Laurell, AC(orgs.). Debates en Medicina Social 1991; Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Série Recursos Humanos, 92: 250-261.

Leitão A, Leitão V de. Clínica de Reabilitação. 1º ed. São Paulo: Atheneu; 1995.

Lemos JC. Avaliação da carga psíquica nos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) em trabalhadores de enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade de Santa Catarina; 2001.

Lima IS. No trabalho. Revista brasileira de administração 1998; 8 (23): 40-45.

Lima AFB da S. Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool [Dissertação-Mestrado]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.

Limongi AC, Assis MP. Projetos de qualidade de vida no trabalho: caminhos percorridos e desafios. Rae light 1995; 2 (2): 26-33.

Lino MM. Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de unidades de terapia intensiva [Tese - Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.

Machado MH (coord.), Ávila C, Braga M, Campos M, Lozana JA, Oliveira E et al. Perfil dos médicos no Brasil – relatório final: médicos em números. Ed. fiocruz ; 1996. VOL I e II.

Machado MH (coord.), Barcellos ER, Braga MLS, Campos M, Lozana JÁ, Oliveira ES et al. Os médicos no Brasil – um retrato da realidade. Ed. Fiocruz; 1997.

Magalhães MN, Yamakawa PM. Relatório de análise estatística sobre o projeto “mensurando a qualidade de vida do trabalhador de enfermagem segundo o whoqol-bref” [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2001.

Marques, AC. Qualidade de vida de pessoas com síndrome de down, maiores de 40 anos no estado de Santa Catarina [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

Martins MM. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

Marx K. O Capital – Crítica da Economia Política. São Paulo: Ed. Abril S.A./ Nova Cultural; 1985. 301p. Vol I.

Maslow AH. Maslow no Gerenciamento. Ed. Qualitymark; 2000.

Meeberg AG. Quality of life: a concept analysis. Journal of advanced nursing 1993; v.8: 32-38.

Mendes R. Medicina do Trabalho/Doenças Profissionais. Ed. Sarvier, 1980; p. 3-43.

Mendes R. O Impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de Trabalhadores. Revista Saúde Pública, 1988; 22 (4): 311-26.

Mendes R. Patologia do Trabalho. São Paulo: Ed. Atheneu; 1999.

Mendes FMP. Incidência de burnout em professores das Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Tuiuti do Paraná [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

Messias IA. O ambiente de trabalho e sintomas de um grupo de fisioterapeutas da cidade de São Paulo [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1999.

Mierzejewski, M; kumar S. Prevalence of low back pain among physical therapists in Edmonton, Canada. Disability rehabilitation 1997; 19(8): 309-317.

Minayo MCS (org). A saúde em Estado de Choque. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; 1999.

Minayo MCS, Hartz ZMA, BUSS PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência e Saúde Coletiva. 2000; 5:7-18.

Miranda CA. Introdução a saúde no trabalho. São Paulo; 1998.

Molumphy M, Unger B, Jensen G. Incidence of work-related low back pain in physical therapists. Physical Therapy 1985; 65(4): 482-486.

Monteiro MG, Monteiro MA, Santos BR. Detecção do alcoolismo na população geral através do questionário CAGE: o que mudou em cinco anos? Revista ABP-APAL 1991; 13(2):45-48.

Monte J. Promoção da qualidade de vida, uma "ISO" para a saúde total. Ed.Curitiba; 1997.

Moreira WW. Qualidade de vida: complexidade e educação. 1º ed. São Paulo: Papirus, 2001.

Morgado AF, Coutinho ESF. Dados de epidemiologia descritiva de transtornos mentais em grupos populacionais do Brasil. Cad de Saúde Pública 1985; 1(3): 327-47.

Nahas MV. Atividade física como fator de qualidade de vida. Revista Artus 1997;13(1):21-27.

Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Ed. Midiograf; 2001.

Nascimento MC, Sampaio RF, Salmela JM, Mancini MC, Figueiredo IM. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. Rev bras fisioter 2006; 10(2).

Neri AL. Qualidade de vida na velhice. In: Revelatto JR, Moreli JG da S. Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso. São Paulo: Manole; 2004.

Nieman DC. Fitness sports medicine na introduction. Palo Alto: Bull Publishing Company; 1990.

Noriega M. Organización laboral, Exigencias y Enfermedad. In: Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. Organización Panamericana de la Salud 1993; p. 167-187.

Novaes EV. Qualidade de vida – atividade física, saúde e doença, cultura, atividade corporal e esporte. Rio de Janeiro: Ed. central da UGF; 1995.

Novaes Jr RR. Compilação de artigos e outras informações absolutamente necessárias para o desenvolvimento ético-humanístico do acadêmico de fisioterapia. Santos (SP), 2000. Não publicado.

Novaes Jr, RR. Pequeno histórico do surgimento da fisioterapia no Brasil e de suas entidades representativas. Santos (SP), 2001. Não publicado.

Nunes M de F. Qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas e técnicos em higiene dental que atuam no serviço público de Goiânia – GO [Dissertação]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás; 2005.

Nunes M de F, Freire M do CM. Quality of life among dentists of a local public health service. Rev Saúde Pública 2006; 40(6): 1019-1026.

Oliveira S. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. Cad. Saúde Pública 1997; 13(4): 625-634.

Oliveira CR. Manual prático de LER. Belo Horizonte: Health; 1998.

Ornish D. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease ? The Lancet 1999; 336: 129-133.

Parisatto C. Detecção e análise dos sintomas dolorosos de distúrbios músculoesqueléticos em atuantes na região do ABCD [Monografia]. São Bernardo do Campo (SP): Universidade Metodista de São Paulo; 2003.

Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2000.

Paschoal SMP. Qualidade de vida no idoso; elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião 2000 [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2001.

Paschoal, SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, PY L, Neri AL, Cançado FAX, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2002.

Peres CPA. Estudo das sobrecargas posturais em fisioterapeutas: uma abordagem biomecânica ocupacional [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

Pinto VS. Lesões por esforços repetitivos. Revista de fisioterapia da UNICID 2000; 1(1): 71-81.

Power M, Bullinger M, Harper H. The World Health Organization WHOQOL-100. Test of the University on Quality of life in 15 different cultural groups worldwide. Health Psychology 1999; 18(5): 495-05.

Ramazzini B. As doenças dos trabalhadores. São Paulo: Ed. Fundacentro; 2000.

Ranney D. Distúrbios osteomusculares crônicos relacionados ao trabalho. São Paulo: Ed. Roca; 2000.

Rebelatto JR, Botomé SP. Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2º ed. São Paulo: Manole; 1999.

Rego RA. Trabalho e Saúde: Contribuição para uma Abordagem Abrangente [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1987.

Ribeiro HP. Lesões por Esforços Repetitivos (LER): uma doença emblemática. Cadernos de Saúde Pública 1997; 13(2): 85-93.

Rio RP, Pires L. Ergonomia – fundamentos da prática ergonômica. São Paulo: Ed. LTR; 2001.

Romani JCP. Distúrbios músculo esqueléticos em fisioterapeutas: Incidência, causas e alterações na rotina de trabalho [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

Rouquayrol MZ, Kerr-Pontes LRS. A medida da saúde coletiva. In: Rouquayrol MZ, editor. Epidemiologia & saúde. 4a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1994. p. 23.

Rufino Netto A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. In Costa MFL, Sousa RP (orgs.). Qualidade de vida: Compromisso Histórico da Epidemiologia. Belo Horizonte: Coopmed/Abrasco; 1994. pp.11-18.

Russo J, Byrne PR, Reder D, Alexander M, O'Connor EDD, Dagadaskis C, et al. Longitudinal Assessment of Quality of Life in Acute Psychiatric Inpatients Reability and Validity. The Journal of Neuros and Mental Disease 1997; 185(3):166-75.

Sanchez EL. Histórico da fisioterapia no Brasil e no mundo. Revista Atualização Brasileira de Fisioterapia 1984; v.6: 111-124.

Santos OA. Ninguém morre de trabalhar: o mito do estresse. São Paulo: Ed. Texto Novo; 1994.

Santos N, Dutra ARA. Introdução à ergonomia. Programa São Paulo Alpargatas de Ergonomia. Módulo 1. UFRS, Departamento de EPS – Florianópolis (SC); 2001.

Seidl EMF, Zannon CML da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais. Cad. Saúde Pública 2004; 20(2): 580-588.

Seixas JC. A avaliação da qualidade de um ambiente de trabalho de um banco público [Dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 1993.

Shestack R. Fisioterapia prática. 3º ed. São Paulo: Manole; 1987.

Scholey M, Hair M. Back pain in physiotherapists involved in back care education. *Ergonomics* 1989; 32(2): 179-190.

Silva MMA da. Trabalho médico e o desgaste profissional [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2001.

Silva JV. Ser idoso e ter qualidade de vida: as representações de idosos residentes em cidades o sul de Minas Gerais [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2003.

Slevin ML, Plant H, Lunch D, Drinkwater J, Gregory WM. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer* 1998; 57: 109-12.

Somnerhalder C. Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2001.

Spitzer RL, Williams JB, Kroenki K, Linzer M, de Grey FV 3rd, Hahn SR et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. *JAMA* 1994; 272:1749-56.

Tamaki EM. Qualidade devida: individual ou coletiva? *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; 5 (1): 20-2.

Tedeschi MA. Indicadores para a gestão de distúrbios Músculo-esqueléticos em fisioterapeutas [Tese – Doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

Teixeira SR, Messias IA, Pena AFV, Masselli MR, Converso MER. Exposição ocupacional às radiações eletromagnéticas não-ionizantes de fisioterapeutas que operam equipamentos de diatermia de ondas curtas em Presidente Prudente - SP. *Rev. Bras. Fisioter* 2003; 5(1):35-40.

Teixeira GM. Fisioterapia e sociedade: ações do sus no Rio Grande do Norte [Dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.

The Whoqol Group. The development of the world health organization quality of life assessment instrument (whoqol). In: Orley e kuney W Editors. Quality of life assessment international perspectives. Proceedings of the joint-meeting organized by the wolrd health organization and the foundation IPSEN, 1993; july: 41-57.

The Whoqol Group. The development of the world health organization quality of life assessment instrument (The WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of life assessment :international perspectives. Heidelberg: Spring Verlag; 1994. 41-60.

The Whoqol Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. Soc sci med 1995; 41(10): 1403-9.

The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref Quality of Life Assessment 1998. Psychol Med 1998; 28:551-8.

US Department of health and human services. Physical activity and health: a report of the surgeon general. Atlanta: Centers for disease control and prevention, national center for chronic disease prevention and health promotion, the president's council on physical fitness and sports; 1996. 278 p.

Véras MMS. A inserção do fisioterapeuta na estratégia saúde da família de Sobral-Ce [Dissertação]. Sobral (CE): Escola de Formação em saúde da família; 2002.

Wisner A. Por dentro do trabalho: ergonomia: método e técnica. São Paulo: Ed. FTD/Oboré; 1987.

Wisner A. A inteligência no trabalho. Organização do trabalho, carga mental e sofrimento psíquico. São Paulo: Fundacentro; 1994.

Wood-dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from wherehave come and where are we going? Journal clinical epidemiology 1999; 52(4): 355-363.

World Health Organization. Whoqol rating scales. Genebra: Who; 1993a.

World Health Organization. Whoqol study protocol. Genebra: Who; 1993b.

World Health Organization. Programme on Mental Health. WHOQOL-bref: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Genebra: 1996.

Zimmermann CH. O “burnout” e a equipe de enfermagem de uma UTI [Diseertação]. Curitiba (PR): Universidade federal do Paraná; 1999.

8- ANEXOS

8.1- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 25/09/07.
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 629/2007 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAÁE: 0465.0.146.000-07

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "O NÍVEL DE QUALIDADE DE VIDA DOS FISIOTERAPEUTAS DO HOPITAL DAS CLÍNICAS DA UNICAMP".

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Naiza do Nascimento Ferreira

INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas / UNICAMP.

APRESENTAÇÃO AO CEP: 06/09/2007.

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 25/09/08 (O formulário encontra-se no site acima)

II - OBJETIVOS

Conhecer a qualidade de vida dos fisioterapeutas que atuam no HC Unicamp. Tem como objetivos específicos traçar um perfil dos fisioterapeutas, levantar as características do mercado de trabalho e avaliar o nível de qualidade de vida desta população.

III - SUMÁRIO

Projeto de mestrado. Estudo transversal, analítico, com entrevista de 30 fisioterapeutas que compõe o SFTO do HC Unicamp. Serão excluídos estagiários e aprimorandos. Os profissionais que concordarem em participar do estudo, após assinatura do TCLE, responderão ao questionário de qualidade de vida WHOQOL bref, traduzido e validado para a língua portuguesa. Os resultados serão analisados pelo programa SSPS, e serão posteriormente reapresentados para o SFTO.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Projeto claro, com metodologia, critérios de inclusão e exclusão bem definidos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os sujeitos de pesquisa e para a instituição estão adequados, de acordo com a resolução CNS 196/96 e suas complementares.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

- 1 -



O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).


O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na IX Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 25 de setembro de 2007.


Prof. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

8.2- WHOQOL-BREF

Instruções					
<p>Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.</p> <p>Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:</p>					
	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.
Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

8.3- SINTAXE DO WHOQOL-BREF

STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING FACET AND DOMAIN SCORES

Recode q3 q4 q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

(scores based on a 4-20 scale)

compute dom 1= (mean.6 (q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18)) * 4.

compute dom 2= (mean.5 (q5, q6, q7, q11, q19, q26)) * 4

compute dom 3= (mean.2 (q20,q21,q22)) * 4

compute dom 4= (mean.6 (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25)) * 4

compute overall= (mean.2 (q1, q2)) * 4

(scores transformed to a 0-100 scale)

compute dom1b= (dom1 - 4) * (100/16).

compute dom2b= (dom2 - 4) * (100/16).

compute dom3b= (dom3 - 4) * (100/16).

compute dom4b= (dom4 - 4) * (100/16).

compute q1b= (q1 - 1) * (100/16).

compute q2b= (q2 - 1) * (100/16).

9- APÊNDICES

9.1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa, O nível de qualidade de vida dos fisioterapeutas do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), desenvolvida pela mestranda Naiza do Nascimento Ferreira, da FCM/UNICAMP-SP, objetiva *conhecer a qualidade de vida dos fisioterapeutas que atuam no HC da UNICAMP*, de modo a contribuir com a formulação de possíveis políticas de melhoria de qualidade de vida, aprofundamento conceitual e fatores associados a este tema entre esses profissionais.

Nesse sentido, pretende-se aplicar os questionários, de informações gerais sobre o respondente e WHOQOL-bref da Organização Mundial de Saúde (OMS), aos fisioterapeutas do Serviço de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (SFTO) e coletar dados que tragam essas informações. Todo esse processo de coleta de dados será pactuado com esse serviço de saúde e profissionais envolvidos na pesquisa.

No que se refere a esse procedimento, esclareço que *será preservado o anonimato de todos os participantes e que estes têm total liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa sendo que sua recusa não incorrerá em nenhum constrangimento em sua relação de trabalho.*

O tempo previsto para cada entrevista será no mínimo de dez minutos e no máximo de 30 minutos. Por fim, ressalta-se que a *participação nas entrevistas é de livre e espontânea vontade dos participantes*, que serão agendadas com antecedência sem que haja prejuízo ou qualquer despesa financeira extra para os envolvidos na pesquisa.

Eu, _____, CREFITO _____ Declaro que, após ter sido informado(a) sobre os motivos, objetivos e procedimentos da pesquisa O nível de qualidade de vida dos fisioterapeutas do Hospital das Clínicas da UNICAMP, desenvolvida sob a responsabilidade da mestranda Naiza do Nascimento Ferreira, CREFITO 56315-F, da FCM/UNICAMP-SP, e sob a orientação do Professor Dr. José Inácio de Oliveira, CRM 48.417, *tendo sido garantido o anonimato das minhas declarações, bem como o direito de não participar ou me retirar da pesquisa em qualquer fase do seu desenvolvimento, sem que isso traga algum prejuízo para mim, que não terei nenhuma despesa financeira devido a minha participação, e que poderei pedir novos esclarecimentos, em qualquer tempo na realização da referida pesquisa, concordei, espontaneamente, em participar desta pesquisa.*

Campinas, ____/____/____.

Assinatura do entrevistado(a): _____

Quaisquer esclarecimentos, favor entrar em contato com os pesquisadores:

* Naiza do Nascimento Ferreira

Tel. (19) 9253-4548

E-mail: naizaferreira@ig.com.br

* Prof. Dr. José Inácio de Oliveira

Tel. (19) 3289-4738 e 3521-7885

E-mail: inacioscouto@yahoo.com.br

* Departamento de Medicina Social e Preventiva – FCM/UNICAMP-SP

Tel. (19) 35218036

* Comitê de Ética FCM/UNICAMP

Telefone: 0XX (19) 3521-8936

9.2- TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO NA QUAL SERÁ REALIZADA ESTA PESQUISA

Campinas, ____/____/ 2007.

Ilmo Prof. Dr. Luiz Carlos Zeferino
Superintendente do Hospital das Clínicas (HC) da UNICAMP

Sou mestranda da FCM/UNICAMP-SP, sob orientação do Prof. **Dr. José Inácio de Oliveira**, docente no Departamento de Medicina Social e Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP-SP. Vimos por meio desta solicitar a autorização de V.S para desenvolver a pesquisa **O nível de qualidade de vida dos fisioterapeutas do Hospital das Clínicas da UNICAMP**, desenvolvida pela mestrand **Naiza do Nascimento Ferreira**, da FCM/UNICAMP-SP, que objetiva *conhecer a qualidade de vida dos fisioterapeutas que atuam no HC da UNICAMP*, de modo a contribuir com a formulação de possíveis políticas de melhoria de qualidade de vida, aprofundamento conceitual e fatores associados entre esses profissionais.

Nesse sentido, pretende-se aplicar uma ficha de informações pessoais sobre o respondente e o questionário WHOQOL-bref, da Organização Mundial de Saúde(OMS), aos fisioterapeutas do Serviço de Fisioterapia e Terapia Ocupacional(SFTO) do HC da UNICAMP e coletar dados que tragam essas informações. Todo esse processo de coleta de dados será pactuado com esse serviço de saúde e profissionais envolvidos na pesquisa.

No que se refere a esse procedimento, esclareço que *será preservado o anonimato de todos os participantes e que estes tem total liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa sendo que sua recusa não incorrerá em nenhum constrangimento em sua relação de trabalho.*

O tempo previsto para cada entrevista será no mínimo de dez minutos e no máximo de trinta minutos. Ressalta-se que a *participação nas entrevistas é de livre e espontânea vontade dos participantes*, que serão agendadas com antecedência sem que haja prejuízo ou qualquer despesa financeira extra para os envolvidos na pesquisa.

Por fim, é importante pontuar que esta pesquisa seguirá todas as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e, para isso, será encaminhada para a aprovação no Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Para tanto, solicitamos autorização da V.S. para desenvolver nossa pesquisa junto a esta Instituição.

Superintendente do Hospital das Clínicas da UNICAMP

Desde já, agradecemos sua atenção,

Naiza do Nascimento Ferreira

Prof. Dr. José Inácio de Oliveira

Quaisquer esclarecimentos, favor entrar em contato com os pesquisadores:

* Naiza do Nascimento Ferreira
Tel. (19) 9253-4548
E-mail: naizaferreira@ig.com.br
* Prof. Dr. José Inácio de Oliveira
Tel. (19) 3289-4738 e 3521-7885
E-mail: inacioscout@yahoo.com.br

* Departamento de Medicina Social e Preventiva –
FCM/UNICAMP-SP
Tel. (19) 35218036
* Comitê de Ética FCM/UNICAMP
Telefone: 0XX (19) 3521-8936

9.3- FICHA DE INFORMAÇÕES PESSOAIS

FICHA DE INFORMAÇÕES PESSOAIS

- Nome: _____ CREFITO: _____

- Sexo: (M) (F) - Data do nascimento: ____/____/____

- Local do nascimento: _____ - Local de moradia: _____

- Estado Civil:

(1) Solteiro(a)	(4) Separado(a)
(2) Casado(a)	(5) Divorciado(a)
(3) Vivendo como casado(a)	(6) Viúvo(a)

- Possui filhos? Quantos? _____

- Dados da Graduação:

ano da graduação: _____

duração do curso: _____

Instituição: _____

- Nível Educacional:

(1) Graduação

(2) Especialização

(3) Pós-graduação latu-sensu incompleta

(4) Pós-graduação latu-sensu completa

(5) Mestrado incompleto

(6) Mestrado completo

(7) Doutorado incompleto

(8) Doutorado completo

(9) Pós-doutorado incompleto

(10) Pós-doutorado completo

*Títulos (com instituição respectiva):

- Que curso(s) de pós-graduação você gostaria de realizar? Pq ainda não realizou?

- Você participou de Congressos nos últimos dois anos? (1) Sim (2) Não

- Nesse período, fez algum curso de atualização com mais de 80 horas? Em que?

- No exercício da profissão você atua como?

(1) Generalista (2) Especialista (3) Docente

(4) Outros: _____

- Renda aproximada: R\$ _____

- A sua residência é:

(1) Própria (2) Alugada (3) Financiada

- Com que frequência você lê algum tipo de publicação periódica científica?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Regularmente (4) Frequentemente

- Você é otimista em relação ao futuro da profissão? (1) Sim (2) Não

- Você escolheria a profissão novamente? (1) Sim (2) Não

- Se não, qual profissão você escolheria? Porque?

- Quantos e quais (público, privado e/ou autônomo) empregos você possui? Qual a sua carga horária de trabalho semanal?

- Se atua como autônomo, o seu consultório/clínica é:

(1) Próprio (2) Privado (3) Sem consultório

- Você segue as normas de biossegurança?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Regularmente (4) Frequentemente

- O seu equipamento de trabalho respeita a ergonomia? (1) Sim (2) Não

- Quais os principais problemas enfrentados no seu emprego no setor público?

- (1) Salário
- (2) Condições de trabalho
- (3) Desinformação
- (4) Nível social dos pacientes
- (5) Falta de material
- (6) Não há nenhum

Outros: _____

- Você pratica algum tipo de atividade física? Se sim, qual e com que frequência?

- Você costuma tirar férias?

(1) Nunca (2) Raramente (3) Regularmente (4) Frequentemente

- Você possui algum problema de saúde atual? Qual o regime de cuidados e medicações adotados?

- Fumo:

- (1) não
- (2) socialmente
- (3) de vez em quando
- (4) regularmente
- (5) excessivamente
- (6) tentando parar
- (7) ex-fumante

- Uso de álcool:

- (1) não
- (2) socialmente
- (3) de vez em quando
- (4) regularmente
- (5) excessivamente
- (6) tentando parar

- Como está a sua saúde?

- (1) Muito ruim
- (2) Fraca
- (3) Nem ruim nem boa
- (4) Boa
- (5) Muito boa

- Você atualmente apresenta os sintomas abaixo?

- (1) Perda da acuidade visual

- (2) LER/DORT
- (3) Perda auditiva
- (4) Varizes
- (5) Irritabilidade Constante
- (6) Dores nos membros
- (7) Dores de cabeça
- (8) Dores na coluna
- (9) Nenhum sintoma
- (10) Outros

- Que medidas você adota para melhorar a sua qualidade de vida?

- Observações:
